

Epilepsia y Embarazo: Práctica Clínica

Enzo Rivera T.1*, Andrés Villagrán R.2*

1 Servicio de Neurología Hospital Carlos Van Buren (Valparaíso)

2 Hospital Gustavo Fricke (Viña del Mar)

* Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso

enzorivera@vtr.net

RESUMEN

La epilepsia es la enfermedad neurológica más frecuente del embarazo después de la migraña. Los riesgos del embarazo en la mujer con epilepsia comprenden tanto los de la propia madre como los del feto y del neonato. Es fundamental el manejo práctico de la embarazada con epilepsia con sustento en la evidencia disponible, sin embargo, no contamos con información de lo que ocurre en nuestra realidad local. Los objetivos de este trabajo son describir el manejo clínico y las características de la epilepsia en el embarazo, así como pesquisar la existencia o no de una brecha con la evidencia recomendada. Se revisó la ficha y encuestó a una muestra de 40 pacientes de los hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar y Carlos Van Buren de Valparaíso. Se observó en general un no cumplimiento de las recomendaciones otorgadas por las Normas Ministeriales vigentes. Un 45% dice no haber recibido información sobre los riesgos de teratogénesis, 74% no planificó su embarazo, sólo 10% recibió ácido fólico previo a la concepción y hubo 3 casos de malformaciones congénitas mayores. Un 48% de los embarazos sufrieron complicaciones y 15% de los RN pesó menos de 2.500 gr. Existe una importante brecha entre los conceptos actuales y su aplicación respecto al manejo clínico de la mujer epiléptica en nuestra realidad local.

Palabras clave: epilepsia, embarazo, anticonvulsivantes.

SUMMARY

The epilepsy is the more frequent neurological disease of the pregnancy after migraine. The risks of the pregnancy in the woman with epilepsy include those of the mother, the fetus and the newborn one. The practical handling of the pregnant woman with epilepsy with sustenance in the evidence available is fundamental, nevertheless, we did not count on information of which it happens in our local reality.

The objectives of this work are to describe to the clinical handling and the characteristics of the epilepsy in the pregnancy as well as to search the existence or not of a breach with the recommended evidence. The medical record was checked and polled to a sample of 40 patients of the hospitals Gustavo Fricke and Carlos Van Buren. A nonfulfillment of the recommendations was observed in general. Fourty five percent did not receive information previous to the pregnancy, only in 26% the pregnancy was planned, there were three cases of major malformations, only 10% were dealt in appropriate form with prophylactic folic acid. Complications were observed in 48% and 15% of newborns weighted less than 2.500 g. An important breach between the present concepts and their application with respect to the clinical handling of the epileptic women exists in our local reality.

Key words: epilepsy, pregnancy, antiepileptic drugs.

INTRODUCCION

La prevalencia de la epilepsia en Chile es de 17/1000 habitantes.(1,2) Las mujeres con epilepsia requieren especial atención en muchos momentos de sus vidas destacando dentro de ellos el embarazo.

La epilepsia es la enfermedad neurológica más frecuente del embarazo después de la migraña (0,5% de todas las embarazadas) .El manejo de las situaciones relacionadas al embarazo en la mujer que tiene epilepsia plantea múltiples problemas como la falla de la anticoncepción oral, riesgo de teratogénesis por el uso de fármacos antiepilépticos (FAEs), riesgo de agravación de la epilepsia, riesgo agregado por la ocurrencia de crisis, riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales (3,4,5,6).

En vista de lo antes expuesto, es fundamental el manejo práctico de la embarazada con epilepsia con sustento en la evidencia disponible, consensos de expertos y la experiencia local. Actualmente no

contamos con información de lo que ocurre en nuestra realidad a nivel de los dos centros de referencia de nuestra V región (Hospital Gustavo Fricke "HGF" y Hospital Carlos Van Buren "HCVB") en el manejo de las embarazadas con epilepsia.

OBJETIVOS

- Describir el manejo clínico así como las características de la enfermedad en la mujer con diagnóstico de epilepsia en la etapa previa al embarazo, en el embarazo mismo, en el parto, y en el post parto.
- Pesquisar la existencia o no de una brecha entre los conceptos actuales demostrados con la evidencia científica y su aplicación clínica respecto al embarazo en mujeres con epilepsia en la región.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional de casos basado en una encuesta personal y/o telefónica y a la vez revisión de fichas clínicas de mujeres epilépticas embarazadas o cuyos partos ocurrieron durante los años 2000-2005 en los servicios de Ginecología y Obstetricia de los hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar y Carlos van Buren de Valparaíso.

Los datos recopilados comprenden cuatro momentos:

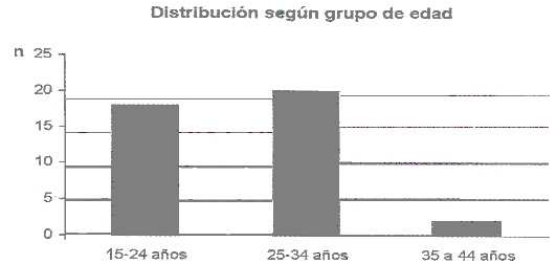
1. Mujer en edad fértil
2. Embarazo
3. Término del embarazo
4. Post parto

RESULTADOS

Se investigó a 97 pacientes en ambos hospitales. Fueron descartadas 57 por diversos motivos destacando la falta de registro en la ficha clínica en 19 de ellas. Se recolectaron finalmente 40 casos, de los cuales en 20 se logró obtener la totalidad de la información.

La edad de ests pacientes fluctúa entre 16 y 44 años (Gráfico 1).

Gráfico 1
Distribución por edad del grupo de pacientes estudiadas.



Las fechas de los partos comprende desde el año 2000 al 2005, la mayoría entre el 2003 y el 2005 (24 casos), y 5 embarazadas actuales.

1. Mujer en edad fértil: El 45% declaró no haber recibido información alguna sobre los riesgos del embarazo ante su condición. Sólo un 47% refiere haber usado método anticonceptivo. El 74% refiere no haber planificado su embarazo, y 27/31 señala no haber recibido consejo médico sobre ello. Estaban con politerapia 9/34 pacientes. Los FAEs más usados en este período se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1
Fármacos antiepilépticos (FAEs) más utilizados previo al embarazo (n=34).

| Fármaco | N | % |
|-----------------|----|-----|
| Carbamazepina | 14 | 41 |
| Acido Valproico | 10 | 29 |
| Fenitoína | 8 | 24 |
| Fenobarbital | 5 | 15 |
| Diazepam | 3 | 8,8 |
| Clonazepam | 1 | 2,9 |

El 83% de las pacientes encuestadas (30/36 pacientes) recibió ácido fólico. El inicio de dicha terapia se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2
Momento de inicio de la terapia con ácido fólico (n=30).

| Inicio | n | % |
|------------------------|----|----|
| 3 meses pre embarazo | 3 | 10 |
| En primer mes del emb | 3 | 10 |
| Después del primer mes | 24 | 80 |
| *Desde el cuarto mes | 9 | 30 |

Sólo la mitad recibió la dosis recomendada de 4 mg de ácido fólico al día.

2. Embarazo: El 70% presentó crisis epilépticas durante el embarazo. El comportamiento de las crisis durante el embarazo con respecto al período previo se muestra en el Gráfico 2.

Gráfico 2

Comportamiento de las crisis en el embarazo, respecto al período previo (n=29).

COMPORTAMIENTO DE CRISIS EN EMBARAZO



En el 92% de los casos la paciente se controló por matrona, ginecólogo y neurólogo; pero la atención por neurólogo comienza entre el segundo y cuarto mes en el 56% de ellos, y tan sólo el 6% durante el primer mes. Los FAEs más usados durante el embarazo se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3

FAEs más usados durante el embarazo (n=35).

| Fármaco | n | % |
|-----------------|----|----|
| Carbamazepina | 17 | 49 |
| Fenitoína | 10 | 29 |
| Acido Valproico | 8 | 23 |
| Fenobarbital | 5 | 14 |
| Diazepam | 1 | 3 |

Se realizó medición de niveles plasmáticos de FAEs en el 46% de los casos, y tan sólo una vez en once de ellas. Se presentaron complicaciones del embarazo en 16/33 de los casos, destacando preeclampsia en la mitad. Hubo 5 complicaciones fetales: retardo del crecimiento intrauterino en 3 casos y macrosomía fetal en dos.

3. Término del embarazo: No hubo abortos. El parto se resolvió con cesárea en 30% de los casos. No se presentaron crisis durante el trabajo de parto. El 85%

de éstos se produjeron entre las 37 y 41 semanas. El peso al nacer fue entre 2.500 y 4.000 grs. en el 76% de los casos. El 78% poseía un peso adecuado para la edad gestacional. El apgar promedio al primer minuto fue de 8,5 (de 30 pacientes) y al quinto minuto 8,7. En 3 RN se presentaron malformaciones mayores lo que representa un 9%: agenesia del pabellón auricular, labio leporino bilateral complicado e hidrocefalia.

4. Post parto: Hubo lactancia materna en un 92% de los casos. El período de duración de dicha lactancia se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Duración de la lactancia en madres epilépticas (n=21)

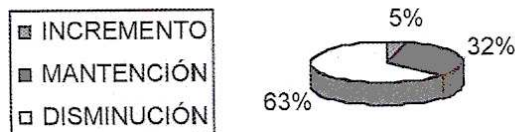
| Tiempo lactancia | n | % |
|------------------|----|-----|
| Menos de 3 meses | 7 | 33 |
| 3-6 meses | 10 | 48 |
| Más de 6 meses | 4 | 19 |
| Total | 21 | 100 |

El comportamiento de las crisis en el período post parto se muestra en el Gráfico 3.

Gráfico 3

Comportamiento de las crisis en el período post parto (n=22).

COMPORTAMIENTO CRISIS POST PARTO



DISCUSION

Resulta interesante analizar los resultados y compararlos con las diversas recomendaciones sobre el manejo práctico de la embarazada con epilepsia.

1. Mujer en edad fértil: Norma Ministerial Epilepsia y embarazo: práctica clínica Enzo Rivera et al

vigente aconseja la educación a toda mujer con epilepsia en edad fértil (3), lo que vemos se cumple en forma insuficiente, pues sólo la mitad recibió información sobre los riesgos del RN por consumo de FAEs. En este mismo sentido, la mayoría de las usuarias de anticonceptivos tampoco recibió orientación y no sorprende por lo tanto, comprobar que 6 de estas pacientes se hayan embarazado. Por otra parte, la misma normativa indica que debe evitarse la prescripción de ácido valproico, en especial si la dosis es mayor que 600 mg/día. Sin embargo comprobamos en este estudio que es la segunda DAE más usada. De los tres casos con malformaciones congénitas mayores, dos pacientes recibieron este anticonvulsivante durante su embarazo.

Esta y otras guías (1,7) aconsejan suplementar con ácido fólico oral 4 mg/día desde tres meses antes de la concepción. En la práctica observamos con preocupación que si bien la mayoría recibió esta profilaxis, tan sólo el 10 % la inició tres meses antes de la concepción, y que la dosis indicada fue menor a la recomendada en más de la mitad de los casos.

El aborto espontáneo está estimado actualmente en torno al 10% de la población gestante (8), en cambio en nuestra muestra dicho antecedente fue notoriamente mayor, lo cual es un índice del riesgo asociado al embarazo en nuestras pacientes.

2. Embarazo: La primera consulta de una mujer embarazada debe siempre considerarse urgente (3), sin embargo vemos cómo la atención por neurólogo fue tardía, lo que respondería a múltiples causas, entre ellas, la burocrática derivación entre los diferentes niveles de atención.

La Norma Ministerial señala que se debe preferir la monoterapia con dosis y niveles plasmáticos mínimos necesarios para evitar las crisis, para lo cual dichos niveles deben medirse cada tres meses en caso de epilepsia bien controlada (3). La monoterapia constituyó la gran mayoría de los tratamientos, pero la medición de niveles plasmáticos fue muy poco frecuente. Es probable que como consecuencia de ello, entre otros factores, se haya producido un incremento significativo en la frecuencia de crisis (48%) y el elevado porcentaje de embarazadas que las sufrieron (70%).

Las complicaciones del embarazo alcanzan entre el

10-17% en las epilépticas (2,9), pero en nuestra muestra dicha cifra es notoriamente mayor, hecho para el cual concurren factores complejos que posiblemente involucren características especiales de nuestra población.

Se sugiere la ingesta de Vitamina K, 10mg/d vía oral las últimas 4 semanas del embarazo, para prevenir riesgos de hemorragia neonatal (1,3,7) lo que ocurrió en menos de un quinto de las pacientes de la nuestra. En cambio se cumplió en un 100% el uso de ésta en el RN.

3. Término del embarazo: En las Normas Técnicas se señala que en la mayoría de los casos se puede realizar el parto vía vaginal, teniendo indicación especial la cesárea en caso de defecto del cierre del tubo neural (3). En nuestra muestra los partos fueron vaginales en el 70% y cesárea el 30%, lo que se asemeja mucho al 31% de cesáreas que se tendieron el año 2003, de un total de 3.365 partos, en el Hospital Gustavo Fricke (10).

Está descrito el bajo peso al nacer en alrededor del 7% de los RN y un puntaje apgar menor (2,9) lo que efectivamente ocurrió en nuestra muestra.

El riesgo de malformaciones congénitas mayores en hijos de madres epilépticas recibiendo FAEs es 4-10% (1,11,12,13), lo que en nuestra muestra fue bastante cercano con 9%. Los tres RN fueron hijos de madres que no planificaron su embarazo, no recibieron ácido fólico previo a éste y se controlaron con neurólogo después de los 2 meses de gestación, recibiendo 2 de ellas ácido valproico (800 y 900 mg/día) y fenobarbital la tercera (150 mg/día).

4. Post parto: El porcentaje de lactancia fue elevado, pero el abandono de ésta fue precoz. La mitad lo hizo entre 3 y 6 meses, lo que es muy inferior al comportamiento del total de la población, ya que trabajos chilenos muestran que la duración de la lactancia exclusiva es de seis meses en un 50% y de un año en un 20% (14,15,16). En la mayoría de los casos la lactancia materna debe promoverse y mantenerse observando el efecto clínico de los FAEs sobre el RN (3,7). Se contraindica excepcionalmente ante sedación excesiva del lactante. El 65% de las pacientes que lactaron continuaron usando FAEs durante la lactancia, pero un 78% dice no haber recibido algún consejo sobre complicaciones potenciales sobre el lactante.

Respecto a la atención de la mujer con epilepsia, no contamos actualmente con registros nacionales. Estudios similares en el extranjero muestran resultados desalentadores muy parecidos a los nuestros respecto al manejo clínico de la embarazada con epilepsia (2,9,13). Una limitación importante de nuestro estudio es el reducido número de casos. De todos modos, podemos señalar que consideró a una parte importante de este grupo de pacientes que se atendió en nuestros centros en dicho período. Sería muy conveniente realizar estudios prospectivos en los cuales se obtuviera la totalidad de los datos necesarios para analizar el manejo clínico de la embarazada con epilepsia de una manera sistemática, ordenada y completa.

CONCLUSIONES

- Existe una importante brecha entre los conceptos actuales, la normativa vigente y su aplicación con respecto al manejo de las pacientes que se embarazan.

- Es necesario mejorar la atención de nuestras pacientes, tanto en calidad como en oportunidad, objetivo que no debiera depender de mayores recursos, sino de mejorar la motivación del equipo de salud y la organización general de la atención.

- La realización de registros clínicos resulta fundamental para lograr uniformar criterios en educación y manejo de la epilepsia en la mujer tanto en la edad fértil, en el embarazo, en el parto y en el período posterior a él.

BIBLIOGRAFIA

1. Guía Perinatal CEDIP MINSAL 2003.
2. Richmond J. Epilepsy and Pregnancy: An obstetric perspective. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 190: 371-379.
3. Normas Técnicas de Epilepsia 2002. Ministerio de Salud. División de Rectoría y Regulación Sanitaria.
4. Crawford P. Interactions between antiepileptic drugs and hormonal contraception. *CNS Drugs* 2002;16: 263-272.
5. Duncan S. Polycystic Ovarian in Women with Epilepsy: A Review. *Epilepsia* 2001; 42 (Suppl. 3): 60-65.
6. Yerby M. Clinical Care of Pregnant Women with Epilepsy: Neural Tube Defects and Folic Acid Supplementation. *Epilepsia* 2003; 44: 33-40.
7. Practice Parameter Management Issues for Women with Epilepsy (Summary Statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 1998; 51:944-48.
8. Pérez Sánchez. *Obstetricia*. III Edición, 1999, Editorial Mediterráneo.
9. Laskowska M., et al. Pregnancy in women with epilepsy. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2001; 51: 99-102.
10. Estadística anual de partos. Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, 2003.
11. Mamoli D., Ratti S., Battino D. Epilepsy and Pregnancy. *Neurol Sci* 2003; 23: 267-69.
12. Pennell P. Pregnancy in women who have Epilepsy. *Neurol Clin* 2004; 22:799-820
13. Fairgrieve S. Population based, prospective study of the care of women with epilepsy in pregnancy. *British Medical Journal* 2000; 321: 674-5.
14. Juez G. Lactancia Materna: ventajas generales y nutricionales para el niño menor de 1 año. *Rev Chil Pediatr* 1989; 60 (Supl 2); 3-8.
15. Casado M.E., Reyes M.V., Schiapasse V., Miranda P., Aravena R., Herreros C., Juez G. y Díaz S. Crecimiento de los niños según la forma de amamantar. *Rev. Chil Pediatr* 1998; 69 (1); 8-15.
16. Jaimovich E., Campos C., Hodgson M.I., y López J.M., Lactancia Materna y Crecimiento Pondoestatural durante el primer año de vida. *Rev. Chil. Pediatr.* 1987; 58 (3): 208-212.