

resultados de calidad asistencial, contribuiría a la existencia de una bolsa propia de trabajo, aumentaría la seguridad de los pacientes y en definitiva sería un paso más para la excelencia. Desde la SEEUE continuaremos reivindicando la formación y titulación específica.

ABORDAJE DE UNA CRISIS CONVULSIVA EN UNA EMBARAZADA CON EPILEPSIA EN EL ÁREA DE PARTOS

Autores: Patricia M^a Villa Gómez *, Miriam Orellana Reyes **, Gustavo Silva Muñoz *

*** Matrn/a Hospital Universitario Cruces (Vizcaya)**

**** Matrona Hospital General La Palma (Canarias)**

RESUMEN:

Aproximadamente el 1-2% de gestantes epilépticas presentan crisis tónico clónicas durante el proceso del parto. Las crisis convulsivas en una mujer embarazada suponen una urgencia vital que precisa de un correcto abordaje por parte de todo el equipo del área de partos, debido a que pueden tener graves consecuencias materno-fetales.

Por ello, en el presente artículo, realizaremos una revisión de la bibliografía sobre cómo actuar ante una crisis convulsiva durante el parto y sobre la importancia de una buena planificación y control del embarazo en mujeres con epilepsia para prevenir, en la medida de lo posible, la aparición de las crisis convulsivas durante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

PALABRAS CLAVES:

Epilepsia, embarazo, parto, crisis convulsiva, tratamiento.

ABSTRACT:

Approximately 1-2% of epileptic pregnancies present tonic-clonic seizures during the labor process. Seizures in a pregnant woman represent a vital urgency that requires a correct approach by the entire team in the delivery area, because they can have serious maternal-fetal consequences.

Therefore, in this article, we will review the literature on how to deal with a seizure during delivery and the importance of good planning and pregnancy control in women with epilepsy to prevent, as far as possible, the occurrence of seizures during the process of pregnancy, labor and postpartum.

KEY WORDS:

Epilepsy, pregnancy, labor, seizures, treatment.

INTRODUCCIÓN:

La epilepsia es el segundo trastorno neurológico más frecuente durante la gestación después de la

migraña; se caracteriza por la repetición de dos o más crisis epilépticas no provocadas por una causa inmediatamente identificable (1). Esta enfermedad afecta al 1% de las mujeres en edad reproductiva, siendo epilépticas aproximadamente 1/200 mujeres embarazadas (2,3).

En general, se puede constatar que la frecuencia de los episodios convulsivos durante el embarazo aumenta en un 20-30% de las mujeres con epilepsia, en un 20-30% de los casos disminuirán y en un 60% discurrirán sin cambios (4-7). Pese a que la evolución individual es difícil de predecir, el agravamiento de estos episodios se ha relacionado con una serie de factores, como son (6,8-11):

- Antecedentes de crisis frecuentes (mínimo 1/mes) durante el periodo preconcepcional. La frecuencia de agravación se reduce significativamente en las mujeres que durante los dos años previos a la gestación permanecieron asintomáticas.
- Hormonales: aumento de las concentraciones de estrógenos, que disminuye el umbral epileptógeno.
- Metabólicos: incremento del volumen de agua y retención de sodio, hipomagnesemia, aumento de peso, la alcalosis secundaria a hiperventilación.
- Sexo fetal: las gestantes con feto varón tienen el doble de probabilidades de padecer un agravamiento de la enfermedad.
- La ansiedad, estrés, fatiga y privación del sueño.
- Falta de cumplimiento terapéutico: debido a vómitos durante el embarazo o por el miedo de ocasionar malformaciones congénitas al feto.
- Interacciones de los fármacos anticonvulsivantes (FAC) con otros empleados comúnmente en el embarazo (por ejemplo, antiácidos).
- Disminución de las concentraciones plasmáticas de FAC debido a los cambios en la farmacocinética.

El riesgo de aparición de crisis epilépticas durante el embarazo, junto con la elevada incidencia de complicaciones tanto obstétricas como fetales, hace que la gestación de una mujer con epilepsia sea considerada de alto riesgo (1,3,12). Estas complicaciones pueden ser debidas al tratamiento anticonvulsivante o a la presencia de convulsiones no controladas, y son las siguientes:

- Complicaciones obstétricas:
 - En los estudios realizados se ha observado un incremento en la incidencia de preeclampsia, parto pretérmino y desprendimiento de placenta en las gestantes con epilepsia, en comparación con las que no padecen esta enfermedad (3,5, 7, 12,13).
 - Se ha observado un mayor riesgo de hemorragia vaginal durante el parto/postparto, debido a la mayor incidencia de atonías uterinas,

así como al déficit de vitamina K provocado por FAC, como la fenitoína o fenobarbital (14,15).

- Es frecuente que las mujeres con epilepsia en tratamiento presenten hipodinamia durante el trabajo de parto, hecho que hace incrementar la intervención obstétrica: aumento de estimulación de la dinámica uterina con oxitocina, aumento de la amniorrexia artificial... Observándose un incremento del parto instrumental y de cesáreas (12, 16-19).

- Debido a las crisis epilépticas, si se pierde el conocimiento y sufre una caída existe un mayor riesgo de aborto, de rotura prematura de membranas, sangrado vaginal... (16-19).

- **Complicaciones fetales/neonatales:**

- Hay una mayor incidencia de malformaciones congénitas (cardíacas, labio leporino, paladar hendido...), ya que todos los FAC son teratógenos. Por ello, se recomienda la monoterapia, empleando la mínima dosis posible y la administración de ácido fólico 5mg/día (6,18-22).

- Existe una mayor incidencia de lesión cerebral mínima y dificultades en el aprendizaje en niños cuyas madres convulsionaron durante el embarazo (13).

- Se ha observado una mayor incidencia de enfermedad hemorrágica neonatal, bajo peso al nacer, muerte fetal intraútero (en crisis convulsivas debido a hipoxemia y acidosis), prematuridad... (3,6,7,18-26).

- Los fetos expuestos a FAC tienen el doble de riesgo de nacer pequeños para su edad gestacional y de tener un APGAR al minuto inferior a 7 (27).

- Las convulsiones pueden provocar bradicardia fetal e hipoxia y acidosis tanto materna como fetal (5,7, 18,19).

Por todo ello, es importante que los profesionales realicen un buen consejo preconcepcional a las mujeres epilépticas en edad fértil, realicen un buen control de la gestante con epilepsia, y sepan cómo abordar una crisis convulsiva para evitar en la medida de lo posible que estas complicaciones aparezcan.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:

Reforzar los conocimientos sobre el abordaje de las crisis convulsivas en el área de partos para evitar las complicaciones materno fetales, así como los medios para la prevención de las mismas, a través de una revisión bibliográfica de la evidencia científica existente en las bases de datos online: Pubmed, SciELO, CINAHL, Cochrane Plus, así como de los protocolos existentes y los Tratados de Obstetricia y Ginecología.

RESULTADOS:

El principal objetivo de los profesionales durante el embarazo de una mujer con epilepsia es controlar las crisis epilépticas, pero existen ciertos factores, descritos anteriormente, que pueden intervenir en la aparición de estas, sin que podamos predecir cómo va a evolucionar

cada gestante. Por ello, es de vital importancia que los profesionales estén actualizados en el abordaje de las crisis convulsivas en mujeres embarazadas, para ofrecer cuidados de calidad a la mujer y minimizar los riesgos materno-fetales.

Según algunos estudios realizados, se ha observado que del 1-3'5% de las gestantes con epilepsia en tratamiento tendrán una crisis convulsiva tónico-clónica durante el parto y en un mismo porcentaje se producirá en las 24 horas postparto (28-30).

Cuando una gestante con epilepsia ingresa en el área de partos, ante todo se debe realizar una anamnesis detallada y adjuntar a la historia el evolutivo de los controles de alto riesgo. Se canalizará una vía venosa periférica de gran calibre y se informará sobre el proceso de parto. En la dilatación dejaremos preparada una bandeja con un tubo de mayo (para asegurar la permeabilidad de la vía aérea) y una ampolla de diazepam para actuar rápido en caso de crisis convulsiva.

La gestante debe saber que tiene que continuar con su tratamiento antiepiléptico durante el proceso del parto/postparto (31,32), para evitar una disminución de las concentraciones plasmáticas del fármaco que pueda favorecer la aparición de una crisis convulsiva, que la monitorización fetal debe ser continua y que la vía del parto será vaginal siempre que sea posible.

Los profesionales debemos favorecer un ambiente tranquilo, con habitación individual, favoreciendo el descanso de la mujer, se aconsejará la analgesia epidural como método de alivio del dolor en el parto y no se debe usar la meperidina, ya que disminuye el umbral convulsivo (26,32).

- **Abordaje de una crisis convulsiva en una gestante epiléptica durante el parto:**

Los profesionales deben estar alerta ante la aparición de signos prodrómicos que puedan indicar la aparición de convulsiones, por ello además, se informará a la mujer y a su acompañante que ante la aparición de: epigastralgia, rigidez de nuca, cefalea fronto-occipital, hormigueo en manos, sabor metálico, sensación de malestar o agitación, fotopsias... avise a la matrona y se coloque de lado izquierdo.

Es importante tratar de determinar la causa que ha originado la crisis convulsiva; teniendo como antecedentes la epilepsia, parece fácil pensar que esa sería la causa. Aún así, se realizará el control de las constantes vitales, descartando la hipertensión (eclampsia) y se realizará una glucemia capilar para descartar una hipoglucemia.

Ante convulsiones (1,6,13,26,28,31):

- Se avisará al médico y el equipo multidisciplinar se coordinará para abordar correctamente esta emergencia.

- Se asegurará la permeabilidad de la vía aérea, mantendremos la cabeza y cuello en semiextensión para facilitar la entrada de aire y

se administrará oxígeno a 6L/min.

- Se administrará diazepam intravenoso (I.V.) lentamente: 10-30 mg, su efecto es inmediato pero es de corta duración. Por ello aunque las convulsiones cesen debe emplearse un segundo fármaco antiepiléptico de vida media más larga (fenitoína).

- Se administrará fenitoína I.V. a dosis de 15-18 mg/kg en solución salina a un ritmo de infusión de hasta 50mg/min.

- Los profesionales deben prestar atención ante la posible depresión respiratoria tras la administración de benzodiazepinas y por tanto, a la necesidad de intubación orotraqueal. Durante la crisis convulsiva tónico-clónica podremos observar en el registro cardiotocográfico que el feto puede presentar una bradicardia severa que puede durar 15 minutos después de la convulsión materna, recuperándose posteriormente sin lesión. En estos casos, no estaría indicada la finalización de la gestación, a no ser que se observe un trazado premortem, que se repitan los episodios de convulsiones tónico-clónicas o que debido al trastorno del nivel de conciencia la mujer no pueda cooperar en el expulsivo, en esos casos la vía de elección es la cesárea (1,6,13,26,28,31). Durante el periodo postparto, especialmente en las primeras 24 horas, el 1-3,5% de las mujeres con epilepsia presentará crisis epilépticas (28-30). Por tanto, dado el riesgo que supone esta etapa, los profesionales debemos informar a la mujer y su familia de la importancia de evitar los factores desencadenantes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN:

El embarazo, parto y puerperio supone un periodo de riesgo para las mujeres con epilepsia y para sus hijos, pero si existe un manejo y seguimiento adecuado el 90% de estas mujeres tendrán un embarazo y parto sin complicaciones y un hijo sano. Por ello es fundamental que el embarazo sea planificado, que exista un consejo preconcepcional en el cual se informe de los riesgos, se estudie cuál es el momento idóneo para la gestación y se inicie la suplementación con ácido fólico 5mg (para evitar los defectos del tubo neural), que haya un adecuado seguimiento del embarazo en el cual se ajuste la dosis (monoterapia en la menor dosis efectiva) para disminuir el riesgo de malformaciones y evitar las crisis, que haya una correcta adherencia terapéutica por parte de la mujer, que exista un manejo adecuado del parto y en caso de episodios convulsivos, abordarlos correctamente y por último, realizar un seguimiento durante el periodo postparto y lactancia para evitar riesgos.

Es fundamental que los profesionales sanitarios que puedan atender a mujeres de estas características estén actualizados además de en materia de información a la misma sobre el proceso de embarazo, parto, postparto y lactancia, en el abordaje de las crisis convulsivas para evitar posibles complicaciones.

Es de vital importancia que ante una crisis convulsiva durante el proceso de parto exista una adecuada coordinación profesional en el abordaje de la misma para conseguir que tanto madre como hijo estén sanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Guías clínicas medicina materno-fetal. Servei d'obstetricia – icgon – hospital clínic Barcelona. Epilepsia y gestación.
- Lorenzato R, Cavalli R, Duarte G, Sakamoto A, Mauad F, Nogueira A. Epilepsy and Pregnancy: Evolution and Fetal outcome. *RGBO*. 2002 ; 24 (8):521-526
- Richmond J, Krishnamoorthy P, Andermann E, Benjamin A. Epilepsy and Pregnancy: An obstetric Perspective. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 190: 371-9.
- Rutherford JM, Rubin PC. Management of epilepsy in pregnancy: therapeutic aspects. *Br J Hosp Med* 1996; 55: 620-622.
- Pschirrer R. Seizure Disorders in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin* 2004; 31: 373-84.
- Cabero Roura Ll, Sánchez Durán M.A. Protocolos de medicina materno-fetal (perinatología). 3ª Ed. Madrid: Ergón, 2008. p183.
- Swartjes JM, Van Geijn HP. Pregnancy and Epilepsy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1998; 79: 3-11.
- Pack AM, Morrell MJ. Treatment of women with epilepsy. *Semin Neurol* 2002; 22: 289-298.
- Leone M, Bottacchi E, Beghi E, Morgando E, Mutani R, Cremonesi R et al. Risk factors for a first generalized tonic-clonic seizure in adult life. *Neurol Sci* 2002; 23: 99-106.
- Ramsay RE. Effect of hormones on seizure activity during pregnancy. *J Clin Neuro-physiol* 1987; 4: 23-25.
- Bunyan A. Random total antiepileptic drug levels and seizure control during pregnancy. *Saudi Med J*. 2001;22(4):355-9.
- Laskowska M, Leszczynska B, Oleszczuk J. Pregnancy in women with epilepsy. *Gynecol Obstet Invest* 2001; 51: 99-102.
- Hiilesmaa VK. Pregnancy and birth in women with epilepsy. *Neurology* 1992;42:8-11.
- Crawford P. Epilepsy and pregnancy. *Seizure* 2001; 10: 212-219.
- Yerby MS. Pregnancy and epilepsy. *Epilepsia* 1991; 32: S51-S59.
- Vanya M, Arva-Nagy N, Szili K, Szok D, Bártfai G. Effects of maternal epilepsy and antiepileptic therapy in women during pregnancy. *Ideggyogy sz*. 2015 mar 30;68(3-4):105-12.
- Harden CL, Hopp J, Ting TY, Pennell PB, French JA, Allen Hauser W. Management issues for women with epilepsy—Focus on pregnancy (an evidence-based review): I. Obstetrical complications and change in seizure frequency. *Epilepsia*. 2009 May;50(5):1229-36.
- Rivas M, Faneite P, Salazar G. Eclampsia: Repercusión materna y perinatal. *Revista de Obstetricia y Ginecología de*

Venezuela. 2012;72(1):34-41.

19. Wlodarczyk BJ, Palacios AM, George TM, Finnell RH. Antiepileptic drugs and pregnancy outcomes. *Am J Med Genet Part A*. 2012;158A(8):2071-2090.

20. Thomas SV, Jose M, Divakaran S, Sankara Sarma P. Malformation risk of antiepileptic drug exposure during pregnancy in women with epilepsy: Results from a pregnancy registry in South India. *Epilepsia*. 2017 Feb;58(2):274-281.

21. Nulman I, Laslo D, Koren G. Treatment of epilepsy in pregnancy. *Drugs* 1999; 57: 535-544.

22. Weston J, Bromley R, Jackson CF, Adab N, Clayton-Smith J, Greenhalgh J. Monotherapy treatment of epilepsy in pregnancy: congenital malformation outcomes in the child. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 7;11:CD010224.

23. Katz J, Pacia S, Devinsky O. Current Management of Epilepsy and Pregnancy: Fetal outcome, Congenital Malformations, and Developmental Delay. *Epilepsy and Behavior* 2001; 2: 119-23.

24. Morrell MJ. The new antiepileptic drugs and women: efficacy, reproductive health, pregnancy, and fetal outcome. *Epilepsia* 1996; 37: S34-S44.

25. Bruno MK, Harden CL. Epilepsy in pregnant women. *Curr Treat Options Neurol* 2002; 4: 31-40.

26. Pennel P, et al. "Pregnancy in the Woman with Epilepsy: Maternal and Fetal Outcomes". *Seminars in neurology*. 2002. Volume 22, Number 3. Páginas: 209-307.

27. Bistre-Tajfed M, Vázquez-Alfaro R. Epilepsia en el embarazo. *Arch Neurocién (Mex)* 2013. Vol. 18, No. 2: 82-91.

28. The EURAP Study Group. Seizure control and treatment in pregnancy. *Neurology* 2006;66:354-60.

29. Bardy A. Epilepsy and pregnancy, a prospective study of 154 pregnancies in epileptic women. Helsinki, Finland: University of Helsinki, 1982.

30. Betts T, Crawford P. *Women and epilepsy*. London, UK: Martin Dunitz, 1998;27-8.

31. Sabers A. Complications during pregnancy and delivery. In: Tomson T, Gram L, Sillanpaa M, et al, eds. *Epilepsy and pregnancy*. Chichester, UK. Wrightson Biomedical Publishing Ltd 1997;105-11.

32. Gutiérrez AM. La embarazada con epilepsia: recomendaciones para su evaluación y manejo. *Acta Neurol Colomb* Marzo 2005, Vol. 21 No. 1