

OBSTETRICIA**CONVULSIONES Y EMBARAZO**

Carolina Songg Lee*

SUMMARY

Epilepsy is a chronic brain disease that affects people of all countries and is characterized by recurrent seizures. The seizures are brief episodes of muscle contractions that can affect a body part (partial seizures) or full (generalized seizures) and is sometimes accompanied by loss of consciousness and control of his bowels.(1,5) If the seizure occurs in the third trimester should be suspected and managed as a eclampsia until they prove otherwise. If the seizure occurs in the first half of pregnancy and is known epileptic patient should be studied by secondary causes acquired.(2)

GENERALIDADES

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todos los países y se caracteriza por convulsiones recurrentes. Las convulsiones son episodios breves de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o a su totalidad (convulsiones generalizadas) y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres.(2) Como tal podemos denotar la clasificación de las crisis epilépticas que podemos considerar fruto de un consenso internacional, basándose en la

conjunción de criterios clínicos, electroencefalográficos y del sustrato anatómico dando como tal crisis epilépticas parciales (Simples: sin afectación de la consciencia, Complejas: con afectación de la consciencia y las Parciales con evolución a crisis secundariamente generalizadas.), las generalizadas (de ausencia, mioclónicas simples o múltiples, clónicas, tonicoclónicas, y atónicas) y las denominadas crisis no clasificables.(2,4)

ETIOLOGIA

Se cree que la etiología de las crisis epilépticas es multifactorial; en

* Médico General, Hospital San Vicente de Paúl.

ella participan factores genéticos y adquiridos. Hay tres factores genéticos potenciales que contribuyen a la aparición de las crisis epilépticas: 1) Variaciones interindividuales en la susceptibilidad a producir crisis, en respuesta a una alteración cerebral crónica o transitoria; 2) Algunas condiciones que producen la enfermedad epiléptica son genéticamente transmitidas (esclerosis tuberosa, fenilcetonuria,...) y 3) Las epilepsias primarias son debidas a una disfunción genética de la excitabilidad cerebral y de su sincronización.(3) Hay lesiones adquiridas, que producen crisis epilépticas, que pueden ser bilaterales y tan difusas que las crisis son generalizadas desde el comienzo. Otras son localizadas y dan lugar a crisis parciales o generalizadas con síntomas focales. Los sustratos anatomopatológicos más frecuentes van a ser las displasias corticales, esclerosis del hipocampo, tumores, daño cerebral postraumático, accidentes cerebro-vasculares, infecciones y estados tóxico-metabólicos.(1) Si la convulsión ocurre en el tercer trimestre debería sospecharse y manejarse como una eclampsia hasta demostrar lo contrario. Las convulsiones generalizadas de la eclampsia representan una emergencia potencialmente mortal, que requiere atención

inmediata al tiempo que se respeta el concepto de “primum non nocere” o “lo primero es no hacer daño”. La preeclampsia se caracteriza por una pérdida de la regulación del flujo sanguíneo cerebral y exudación de plasma en el cerebro. El mecanismo exacto que conduce a las convulsiones es desconocido, pero puede incluir edema cerebral, vasoconstricción transitoria, isquemia, o microinfartos. La eclampsia puede ser precedida por preeclampsia cada vez más severa, o puede aparecer de forma inesperada en una paciente cuya preeclampsia parece ser relativamente leve, con presión arterial mínimamente elevada y sin proteinuria o edema. Es raro que se produzca eclampsia antes de las 20 semanas de gestación en la ausencia de enfermedad trofoblástica gestacional.(7) Las convulsiones eclámpticas generalmente duran entre 60 y 90 segundos, tiempo durante el cual la paciente se encuentra sin esfuerzo respiratorio. La fase postictal puede seguir con confusión, agitación, y combatividad. El momento de un ataque de eclampsia puede ser anterior al parto (53 por ciento), durante el parto (19 por ciento), o después del parto (28 por ciento).(9)

DIAGNOSTICO

Como en realidad el factor

etiológico de la preeclampsia-eclampsia aún continúa en la oscuridad, el diagnóstico se hace tardíamente en la mayoría de los casos. Por lo tanto es muy importante elaborar una historia clínica perinatal detallada. La atención prenatal (control prenatal), reduce la mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer, también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

En cuanto al registro de la tensión arterial, para realizar el diagnóstico de HTA en la mujer embarazada es preciso conocer la evolución de las cifras tensionales. Esto constituye un argumento más a favor de la necesidad de realizar controles prenatales precoces y frecuentes. La HTA es el síntoma capital y el que seguramente tiene mayor significación fisiopatológica y pronóstica. El enfoque clínico de la paciente está dirigido a evaluar la severidad del síndrome hipertensivo, realizar el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos de hipertensión del embarazo y precisar la magnitud del daño causado por la HTA en los parénquimas maternos (encéfalo, corazón, riñones, vasos sanguíneos) y en la unidad feto placentaria. Signos y síntomas de severidad en la preeclampsia

son la cefalea, hiperreflexia, epigastralgia, oligoanuria, trastornos visuales (amaurosis-escotomas) y descompensación cardiopulmonar. En el examen obstétrico se evaluará la vitalidad y crecimiento fetal y su relación con la edad gestacional, mediante la medición de la altura uterina. Todos estos parámetros se utilizan con el fin de prevenir una crisis convulsiva ecláptica y así prevenir el deterioro del binomio madre-feto, sin embargo si la paciente se presenta a un servicio de emergencias en un estado convulsivo se debe determinar su origen y daño como tal, tanto de la madre como al feto realizando así, una serie de exámenes de laboratorio y gabinete si así se consideren oportunos.(6,8)

TRATAMIENTO

Una convulsión ecláptica es dramática e inquietante. El médico a cargo tiene el reto de mantener la calma y evitar intervenciones innecesarias que pueden resultar en complicaciones iatrogénicas. El abordaje debe ser multidisciplinario y dirigido a abolir la convulsión inicialmente. Debe considerarse la colocación de glucosa y tiamina en caso de ser necesario. Se deben proteger las vías respiratorias y se debe intentar minimizar el riesgo de aspiración colocando a la mujer sobre su lado izquierdo

y realizando la aspiración de la boca. Se debe solicitar la presencia de un anestesista (o alguien igualmente experto en intubación) para que esté inmediatamente disponible. La posición de recuperación de RCP del adulto ayuda a una persona semiinconsciente o inconsciente a respirar y permite drenar los fluidos de la nariz y garganta para que no sean aspirados.(8) Se deben prevenir las lesiones maternas. Las caídas de la cama pueden causar contusiones o fracturas, y las lesiones en la cabeza pueden resultar de la actividad de convulsiones violentas. La observación cercana, el acolchado y la utilización de los carriles laterales de la cama pueden ayudar a prevenir estas complicaciones. Luego de estabilizar a la paciente podría indicarse Diazepam o Fenitoína si la paciente es conocida epiléptica o la convulsión se presenta antes de la primera mitad del embarazo. Dado los efectos secundarios de las benzodiazepinas (depresión respiratoria y necesidad de intubación), se prefiere iniciar con Fenitoína a dosis de 20mg/kg en 30 min-1hr (50mg/min máximo). No obstante, el acceso venoso en estas pacientes resulta en ocasiones difícil por lo que Midazolam 10 mg IM resulta una buena opción.(10) Si la convulsión se presenta en la segunda mitad del embarazo, y

sobre todo en el tercer trimestre, el medicamento de elección es MgSO₄ debido a la sospecha de eclampsia. Se deben diluir 20g en 250 cc Solución Fisiológica y pasar en bolo 50 cc (4 gramos) en 20-30 minutos y luego 12.5 cc/hr en infusión (1 gramo/hora). Nuevamente, el acceso venoso en estas pacientes resulta en ocasiones difícil por lo que MgSO₄ 5 gramos IM en cada glúteo resulta también una buena opción. Se pueden obtener los niveles de magnesio en suero cuatro horas después de la dosis de carga, y la infusión de mantenimiento ajustada en consecuencia. Después de que la convulsión ha terminado, se debe administrar oxígeno suplementario. Cuando la paciente se haya estabilizado, se debe planear un parto rápido. Se tiene que evitar la realización de una cesárea inmediata a un episodio de convulsión auto-limitado.(7,8,9)

RESUMEN

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas de todos los países y que se caracteriza por convulsiones recurrentes. Las convulsiones son breves episodios de contracciones musculares que pueden afectar a una parte del cuerpo (convulsiones parciales) o total (crisis generalizadas) y a

veces se acompaña de pérdida de la conciencia y el control de esfínteres.(1,5) Si la convulsión ocurre en el tercer trimestre se debe sospechar y manejar como una eclampsia hasta que demuestren lo contrario. Si el ataque se produce en la primera mitad del embarazo y es conocida paciente epiléptica debe ser estudiado por causas secundarias adquiridas.(2)

BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 33: Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. Obstet Gynecol. 2002;99:159-167.
2. Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. Epilepsia 2010; 51: 676-6
3. Caren G. Solomon, Ellen W. Seely, Hypertension in Pregnancy; Endocrinol Metab Clin N Am; 35 (2006) 157-171. 85.
4. Congreso Internacional de Epilepsia de la ILAE. Budapest, 2009. URL: <http://www.ilae.org/visitors/centre/ctf/ctfoverview.cfm>.
5. Duley L, Gulmezoglu AM. Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2001;1.
6. Duley L, HendersonSmart DJ. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. Cochrane Database Syst Rev. 2003; 4.
7. Hasbún AJ. Preclampsia-eclampsia. En: Botero J, Jubiz A, Henao G, ed. Obstetricia y ginecología texto integrado 5ta edición Medellín: Intermedicina: 1994: 167-177.
8. Hauser WA, Hesdorffer DC. Epilepsy: frequency, causes and consequences. New York: Demos Press, 1990:378.
9. Sibai B. Magnesium sulfate prophylaxis in preeclampsia: evidence from randomized trials. Clin Obstet Gynecol. 2005;48:478-488.
10. Wlodarczyk BJ, Palacios AM, George TM, Finnell RH. Antiepileptic drugs and pregnancy outcomes. Am J Med Genet Part A. 2012;158A(8):2071-2090 [PubMed PMID: 22711424. Pubmed Central PMCID: 3402584].