

28 de mayo de 2024: Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres

Los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo hacen que la mujer tenga una mayor predisposición a padecer o empeorar la sintomatología de ciertas enfermedades neurológicas

- La incidencia de ictus durante el embarazo y el postparto es aproximadamente el triple de la incidencia en mujeres no gestantes de la misma edad.
- La hipertensión gestacional, que afecta a 1 de cada 10 embarazadas, predispone a padecer cualquier tipo de enfermedad vascular de forma precoz y este riesgo se mantiene hasta 17 años después del parto.
- Más del 80% de las mujeres embarazadas sufren algún trastorno del sueño, principalmente insomnio y el síndrome de piernas inquietas.
- Un 30-40% de las pacientes con esclerosis múltiple sufren recaídas de su enfermedad durante los primeros 3 meses tras el parto.
- El riesgo de mortalidad materna en mujeres con epilepsia es diez veces mayor que en la población general.
- El riesgo de padecer miastenia gravis es cinco veces mayor en los 6 primeros meses tras el parto, especialmente tras el nacimiento del primer hijo.

27 de mayo de 2024.- Hace más de 35 años que se declaró el 28 de mayo como el Día Internacional de Acción para la Salud de las Mujeres para poner el foco -principalmente- en la salud reproductiva de la mujer y en las complicaciones para la salud que pueden surgir durante el embarazo, parto y postparto. Puesto que enfermedades neurológicas como la migraña, la epilepsia, la esclerosis múltiple o la miastenia gravis son muy comunes en la edad reproductiva de la mujer, y el riesgo de padecer otras enfermedades neurológicas -como el ictus, la trombosis venosa cerebral, corea, distonía, o el síndrome de piernas inquietas- también aumentan durante el embarazo, la Sociedad Española de Neurología (SEN) desea aprovechar esta efeméride para recordar, tal y como ya expuso en su manual "Neurología y Mujer" la necesidad de identificar precozmente los posibles riesgos y llevar a cabo medidas que protejan la salud de la mujer.

*"Durante el embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos que, combinados con procesos patológicos propios de este periodo, hacen que la mujer tenga una mayor predisposición a padecer ciertas enfermedades neurológicas. Y, quizás, la enfermedad que puede tener las consecuencias más devastadoras es el ictus", explica la Dra. Susana Arias, Vocal de la Sociedad Española de Neurología (SEN). "Las mujeres embarazadas y las que se encuentran en el puerperio tienen un mayor riesgo de sufrir un **ictus isquémico, hemorrágico o una trombosis venosa cerebral** ya que la incidencia de ictus durante el embarazo y el postparto es aproximadamente el triple de la incidencia en mujeres no gestantes de la misma edad". Las trombosis venosas cerebrales que se*

producen durante el embarazo y puerperio representan el 15-20% del total de los casos anuales pero, además, el uso de anticonceptivos hormonales es el principal factor de riesgo en las mujeres jóvenes. Por otra parte, en el caso de las mujeres embarazadas, los ictus hemorrágicos suponen el 50% de los casos de ictus, a diferencia de la población general donde suponen solo el 15% de los casos. Asimismo, por cada 100.000 embarazos, se producen 35 casos de ictus isquémicos y existen datos para pensar que esta incidencia va en aumento debido al retraso en la edad de la maternidad y al aumento de incidencia de la obesidad en las mujeres gestantes. Los períodos de mayor riesgo son el tercer trimestre y el postparto, hasta las 12 semanas. *"Los factores de riesgo más importantes en los ictus gestacionales son el tabaquismo, los antecedentes de migraña, cardiomiopatía, estados de hipercoagulabilidad primaria, la edad (sobre todo a partir de los 35 años) y las complicaciones del embarazo como hipertensión gestacional y preeclampsia, hemorragia postparto, transfusión, e infecciones durante el parto y también se han relacionado con un aumento de incidencia de ictus la reproducción asistida y el parto por cesárea",* destaca la Dra. Susana Arias. *"Señalar también que la hipertensión gestacional, que afecta a 1 de cada 10 embarazadas, predispone a padecer cualquier tipo de enfermedad vascular de forma precoz y algunos estudios hablan incluso de que este riesgo se mantiene hasta 17 años después del parto".*

Los **trastornos del sueño** en las mujeres son más pronunciados durante los períodos de la vida caracterizados por un cambio hormonal significativo (menstruación, embarazo/lactancia, perimenopausia y posmenopausia) y se estima que más del 80% de las mujeres embarazadas los experimentan, en especial en el tercer trimestre. El embarazo puede tanto exacerbar trastornos del sueño ya presentes como desencadenar otros nuevos, como por ejemplo el **insomnio**, presente en hasta el 60% de las embarazadas, o el **síndrome de piernas inquietas**, en hasta un 30%. En mujeres embarazadas el síndrome de piernas inquietas es tres veces más frecuente que en las no embarazadas.

La **corea gravídica** es el trastorno del movimiento hiperkinético más frecuente en el embarazo seguido de la **distonía**. Implica el desarrollo de corea durante la gestación y el periodo de presentación más frecuente es el primer trimestre del embarazo en el 50% de los casos, aunque en un tercio de los casos se producirá una remisión espontánea antes del parto. Por su parte, un embarazo puede tanto exacerbar distonías ya previas, como fomentar la aparición *de novo* de una, aunque generalmente remitirán en los seis meses posteriores al parto.

Las fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual también pueden afectar a la frecuencia de crisis epilépticas. Aproximadamente en un tercio de las mujeres con **epilepsia** ven aumentada en el doble o más la frecuencia de crisis epilépticas durante una etapa específica del ciclo menstrual. Por otra parte, toda mujer con epilepsia en edad fértil debe recibir consejo sobre el método anticonceptivo más adecuado e información sobre la importancia de planificar con antelación el embarazo, para evaluar el tratamiento y mantener un equilibrio entre el mejor control de crisis, que minimice los riesgos materno-fetales: la ausencia de planificación del embarazo en mujeres con epilepsia puede asociarse a parto prematuro, bajo peso al nacer, y una pérdida fetal espontánea hasta 2 veces más frecuente. *"Aunque la mayoría de las mujeres con epilepsia tienen un embarazo, parto y descendencia normales y, por lo tanto, no debe contraindicarse el embarazo, a estas pacientes siempre se las debe incluir dentro de la categoría de embarazo de alto riesgo, ya que el riesgo de mortalidad materna es diez veces mayor que en la población general, al igual que también tienen aumentado otros riesgos obstétricos y fetales como aborto espontáneo, hemorragia preparto, hipertensión*

gestacional, preeclampsia, presentación podálica, inducción del parto, parto por cesárea o parto prematuro”, comenta la Dra. Cristina Íñiguez, Vicepresidenta de la SEN.

La **esclerosis múltiple** es una enfermedad mayoritariamente femenina, ya que se diagnostica en tres mujeres por cada hombre y mayoritariamente en edad fértil. Y aunque esta enfermedad neurológica no provoca efectos negativos sobre el embarazo, no aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, ni de abortos, y tampoco hay mayor riesgo en el momento del parto, también requiere de una planificación previa, ya que es aconsejable que el embarazo se lleve a cabo tras una etapa de estabilidad de la enfermedad y porque, además, en muchas ocasiones, se retirarán los tratamientos habituales. *“Aunque es conocido el efecto protector del embarazo en la ocurrencia de brotes de esclerosis múltiple, debido a los cambios hormonales producidos, es también habitual que estos brotes aumenten en los primeros meses tras el parto, sobre todo cuando se han dado brotes en el año previo al embarazo o durante el mismo. Calculamos que se producen recaídas en aproximadamente un 30-40% de las pacientes durante los primeros 3 meses tras el parto. Por ello, es importante planificar adecuadamente con las pacientes cuándo puede ser un buen momento para que sean madres”, comenta la Dra. Cristina Íñiguez. “También hay que tener en cuenta que, en general, se desaconseja el uso de fármacos modificadores de la enfermedad durante el embarazo y lactancia, lo que conlleva el riesgo de reactivación de la enfermedad. En todo caso, existen ya ciertos fármacos que sí pueden utilizarse durante el embarazo a criterio clínico. Por otra parte, en las pacientes con esclerosis múltiple se debe personalizar también el uso de anticonceptivos”.*

La **miastenia gravis** es también una enfermedad que afecta en gran medida a mujeres jóvenes, sobre todo entre los 20 y los 40 años. En ellas, se han descrito tanto mejoría como empeoramiento antes y durante la menstruación, en el embarazo y el puerperio. Además, la miastenia gravis debe tratarse eficazmente también durante el embarazo, pero con precaución para no producir daño en el feto, por lo que el embarazo debe ser planificado, con la enfermedad en situación estable. Y, aunque no se ha encontrado un incremento de casos de inicio de miastenia durante el embarazo, sí en el puerperio: el último estudio realizado al respecto señalaba un riesgo de desarrollar esta enfermedad neuromuscular cinco veces mayor en los 6 primeros meses tras el parto, especialmente tras el nacimiento del primer hijo.

La **migraña** es una de las patologías más prevalentes sobre todo en mujeres en edad fértil y por ello es un motivo de consulta muy frecuente durante el embarazo y el puerperio. No en vano, es dos veces más común en mujeres que en hombres, y en su evolución influyen no solo la menstruación, sino también la menarquia, el embarazo, la menopausia y el uso de fármacos anticonceptivos o de terapia hormonal de sustitución. Y, si bien, en general, la mayoría de mujeres experimenta durante la gestación una gran mejoría de la frecuencia e intensidad de sus ataques, tras dar a luz, hasta un tercio de las mujeres vuelve a empeorar durante la primera semana de puerperio y más del 50% en el primer mes. *“En los casos de las gestantes cuya migraña no mejore durante el embarazo, es importante tener en cuenta que no existen ensayos clínicos o estudios reglados sobre el uso de fármacos para la migraña durante el embarazo, ya que constituyen un grupo de población que queda siempre excluido. Por lo que la decisión de mantener o no la medicación se debe evaluar siempre de forma cuidadosa e individual”, comenta la Dra. Susana Arias. “Por otra parte, y puesto que durante el puerperio la mayoría de las pacientes empeora su migraña, esto suele suponer mayor necesidad de tratamiento que durante la gestación. Pero durante la lactancia, debemos*

tener en cuenta que la seguridad de los fármacos empleados puede cambiar en casos de niños prematuros o con ciertas patologías”.

*“Durante el embarazo y postparto los síntomas de la enfermedad de **Parkinson** también suelen empeorar. Algunos estudios sugieren que los cambios hormonales asociados con el embarazo y la menopausia pueden influir en la aparición y progresión de las **miopatías** en mujeres. También se han documentado cambios de los **gliomas** durante el embarazo, que incluyen aumento del crecimiento tumoral y mayor frecuencia de crisis epilépticas, o de los **meningiomas**, que a pesar de su naturaleza benigna, sus características clínicas tienden a ser más agresivas durante el embarazo”, señala la Dra. Cristina Íñiguez. “En definitiva, existen multitud de enfermedades neurológicas que pueden debutar o empeorar significativamente durante el embarazo, parto y postparto y que pueden suponer complicaciones para la salud de la mujer y también para la del feto. Así que animamos a todos los profesionales de la salud a consultar nuestro manual “Neurología y Mujer” para conocer con mayor profundidad el impacto de las enfermedades neurológicas y su tratamiento más indicado en la fertilidad, el embarazo, el desarrollo fetal, y la lactancia”.*

El manual “Neurología y Mujer” puede consultarse de forma gratuita en:

https://www.sen.es/pdf/2023/NEUROLOGIA_Y_MUJER_2023.pdf

Ana Pérez Menéndez

Sociedad Española de Neurología

Departamento de Prensa

Email: prensa@sen.org.es

Tlf: +34 91 314 84 53 (ext. 6)

Mov: +34 647953790

Fax: +34 91 314 84 54