



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

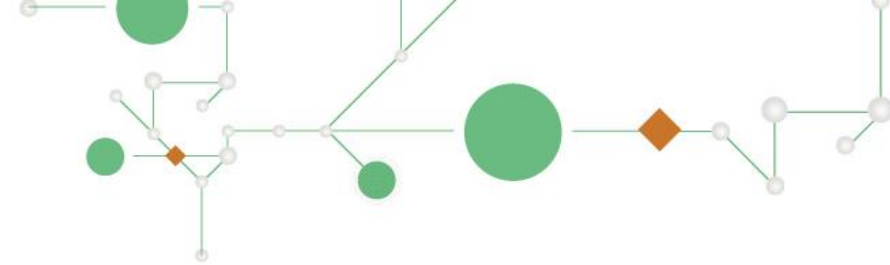
Manejo de la mujer gestante con epilepsia: Secretos que todo médico debería saber

Management of pregnant women with epilepsy: Secrets that every doctor should know

**Perlas
Clínicas**

en Medicina





Manejo de la mujer gestante con epilepsia: Secretos que todo médico debería saber

Management of pregnant women with epilepsy: Secrets that every doctor should know

Dahian David Valencia Ríos

Médico y cirujano, residente de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Andrea Carolina Ibáñez Acosta

Médica de la Universidad del Norte de Barranquilla, residente de Neurología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Yamile Calle López

Neuróloga clínica de la Universidad de Antioquia; Subespecialista en Epilepsia y neurofisiología clínica Cleveland Clinic. Docente de planta sección de neurología Universidad de Antioquia. Labora en Fundación Clínica del Norte (Antioquia)

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.40>

¿Qué es importante repasar antes de leer este capítulo?

- Semiología de las crisis epilépticas.
- Clasificación de epilepsia, terminología: Ver referencias adjuntas sobre última clasificación de la ILAE (*International League Against Epilepsy*, del inglés) del 2017.
- Principios de elección farmacológica anticonvulsivante, basado en el tipo de crisis.

Los objetivos de este capítulo serán:

- Enfocar apropiadamente la gestante con epilepsia.
- Dar consejos claros y reducir mitos y temores de la paciente y la familia gestante con epilepsia.
- Saber cuándo referir una materna epiléptica al especialista en obstetricia y epilepsia.





- Reconocer los fármacos anticonvulsivantes teratogénicos.
- Identificar cuáles medicamentos anticonvulsivantes tienen el mejor perfil de seguridad para el feto y la gestante.
- Apropiarse de la consejería de la lactancia materna y los cuidados post parto, en relación con la epilepsia.

Palabras clave: Epilepsia, Convulsiones, Anticonvulsivantes.

Keywords: Epilepsy, Seizures, Anticonvulsants.

Cómo citar este artículo: Valencia DD, Ibáñez AC, Calle Y. Manejo de la mujer gestante con epilepsia: Secretos que todo médico debería saber. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2022 [acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.40>

1. VIÑETA CLÍNICA

Primigestante de 26 años, vive en área rural de un municipio antioqueño. Tiene epilepsia focal estructural desde hace 8 años, secundaria a lesión malácica frontal por traumatismo encefalocraneal. Toma carbamazepina 200 mg cada 12 horas, la cual tolera y es de fácil consecución. Sin crisis convulsivas desde hace 2 años. Asiste al ingreso por controles pre-natales con gestación de 18 semanas por altura uterina. Además de solicitar paraclínicos recomendados para el control prenatal apropiado, el médico suspende el anticonvulsivante dado el riesgo de teratogenicidad fetal. Una semana después es ingresada por el servicio de urgencias por un episodio convulsivo que describen de inicio focal y paso a bilateral tónico- clónico generalizado. Al ingreso a urgencias se encuentra en estado postictal.



Importancia y epidemiología

Aproximadamente 24.000 mujeres con epilepsia se embarazan cada año (1). Es importante destacar que hasta el 79 % de estos embarazos no son planeados (2), por lo que el ingreso y seguimiento por los programas de control prenatal, alto riesgo obstétrico y la valoración por neurología son tardíos.

El 33,4 % de las mujeres con epilepsia padecen crisis convulsivas durante la gestación (3). En cuanto a la frecuencia ictal, será en términos generales la misma del año previo a la concepción, con un aumento en el 15 % de gestaciones, sin cambios en el 70,5 %, y reducción en el 12 % (EURAP, *European Registry of Antiepileptic Drugs and Pregnancy*, por sus siglas en inglés). Es por esto que se debe tener un adecuado seguimiento y control de crisis en las pacientes antes de iniciarse la concepción, ya que un manejo inadecuado o ausente aumenta el riesgo de desenlaces desfavorables para el binomio madre-hijo (4).

Desde el primer contacto que se tiene con una mujer en edad fértil que padece epilepsia se deben indicar medicamentos que sean seguros de usar durante el embarazo, con anticipación de una posible gestación no planeada. Es decir, asuma que su paciente podría quedar en embarazo sin previo aviso y que debería estar con el medicamento que tenga el mejor perfil teratogénico. Los factores previos a la gestación que predicen un mayor riesgo de recurrencia ictal gestacional son: la presencia de epilepsia no controlada en el año inmediatamente anterior (4,5), etiología estructural y la necesidad de politerapia (3,6).

La causa más común de recurrencia ictal es la reducción de la concentración plasmática y cambios en el metabolismo de los fármacos anticonvulsivantes (3). El embarazo es un estado fisiológico hiperdinámico que lleva a aumento de la eliminación renal, mayor volumen plasmático e inducción enzimática en el hígado (hormonas) que desfavorecen notablemente a la mayoría de los medicamentos usados para tratar la epilepsia.



Una caída mayor del 35 % del nivel basal del fármaco se asocia a incremento de la frecuencia ictal (6), sin embargo, esto debe ser analizado en relación con la historia del control ictal previo del paciente y de los niveles pregestacionales de los diferentes FACs (fármacos anticonvulsivantes).

Es importante preguntar de forma directa e indirecta, a través de una entrevista amable, por factores psicológicos, sociales, emocionales y conductuales que puedan influir en el manejo de la epilepsia. Una situación que se percibe comúnmente en la práctica es la reducción o suspensión de los medicamentos, por miedo a los daños que estos puedan ocasionar al producto en gestación (7). Las gestantes pueden ocultar esta información por temor a la respuesta médica ante la situación.

Además, las pacientes están expuestas a cargas altas de estrés psicosocial y a privación de sueño (8), factores que son conocidos por tener un impacto negativo sobre el control de la epilepsia (9). En este abordaje, recomendamos tomar una conducta de escucha activa y favorecedora del diálogo sin recriminar a la gestante, por el contrario, explicar y tratar de asegurar que la paciente continúe su tratamiento.

Riesgos del no tratamiento durante la gestación

Es útil explicar a la paciente sobre los riesgos que acarrearán las crisis epilépticas durante el embarazo, sin que esto sea motivo de contraindicación de este. Las convulsiones aumentan la mortalidad materno-fetal, se asocian a preeclampsia y eclampsia. La recurrencia de crisis gestacional se asocia con estancias hospitalarias prolongadas, mayor tasa de cesáreas, parto pretérmino, corioamnionitis y hemorragias postparto graves (4).

El feto no está exento de riesgos y desenlaces adversos, que van desde bajo peso al nacer, pequeños para la edad gestacional (PEG) (10); y de presentarse crisis convulsivas intraparto, los traumatismos y la presencia de desaceleraciones en la frecuencia cardíaca fetal por hipoperfusión placentaria que llevan a acidosis e hipoxia fetal (3).





En los párrafos anteriores se describieron las principales variables no farmacológicas que influyen en el manejo adecuado de las gestantes con epilepsia. Ahora, analizaremos de forma práctica, aspectos generales sobre el manejo farmacológico, según el equilibrio de la balanza entre el control de crisis y la teratogenicidad asociada a los medicamentos.

¿Cómo afecta la gestación a los medicamentos anticonvulsivantes?

Las concentraciones plasmáticas máximas suelen disminuir para la mayoría de los medicamentos anticonvulsivantes. El descenso es clínicamente significativo si es mayor del 35 % del nivel sérico pregestacional (7), por lo que contar con niveles séricos es una valiosa ayuda al realizar ajustes farmacológicos (5,7,9). Desafortunadamente, pocas pacientes tienen acceso a este paraclínico y adicionalmente las pacientes tienen un contacto tardío con el personal médico y varias semanas después de iniciado el embarazo.

El ajuste debería ser guiado por niveles plasmáticos (5), sin embargo, en la mayoría de los casos no contamos con este paraclínico. Conocer el historial de crisis y la dosis del fármaco previo a la gestación pueden darnos indicios sobre los posibles ajustes farmacológicos a realizar durante el embarazo (1,2,6). La recomendación es aumentar la dosis aproximadamente un 25 % durante el primer trimestre, mientras se vigila efectos adversos y alteraciones paraclínicas que puedan suceder en relación con los anticonvulsivantes, con el fin de evitar complicaciones y la falta de adherencia al tratamiento. A continuación, se mencionan algunos ajustes específicos de los fármacos más relevantes.

La Oxcarbazepina requiere aumento de la dosis desde el segundo trimestre, dado que, la caída en los niveles séricos es clínicamente significativa desde este período gestacional. Por su parte, la carbamazepina no requiere ajustes gestacionales, puesto que sus niveles suelen permanecer estables (9).





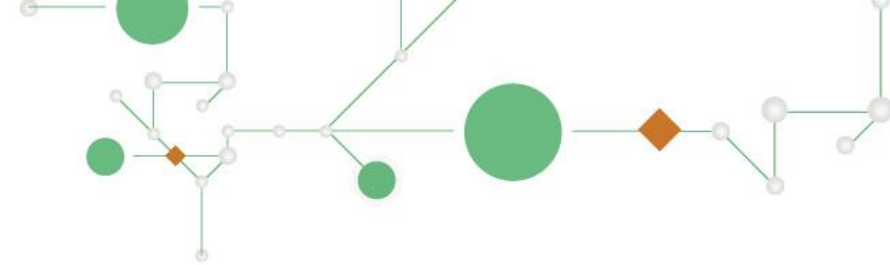
El levotiracetam, uno de los fármacos con mejor perfil en cuanto a malformaciones congénitas mayores, plantea dificultades para su ajuste. Al ser de eliminación renal, se verá muy afectado, dado el aumento de volúmenes de distribución y el incremento en la tasa de filtración glomerular fisiológicamente esperados durante el estado gestacional (7). La tasa de eliminación suele duplicarse al final del tercer trimestre y las concentraciones son 60 % más bajas que las pregestacionales. Se sugiere iniciar el aumento del 25 % de la dosis total diaria desde el primer trimestre.

Finalmente, tenemos el dolor de cabeza de los ajustes farmacológicos durante el embarazo: la lamotrigina. Siempre que sea posible, dirija las dosificaciones con niveles séricos (9). La eliminación aumenta, sin embargo, parece haber variabilidad entre mujeres. Para más del 70 % de gestaciones esta eliminación será clínicamente significativa, mientras que para una minoría de gestantes (menos del 25 %) no tendrá significancia clínica. Para dificultar más el panorama, la tasa de eliminación puede ser diferente, incluso para una misma mujer en diferentes gestaciones (10). En otras palabras, no podremos predecir con exactitud los ajustes farmacológicos de la lamotrigina. Como recomendación, de no contar con niveles séricos, aumente un 25 % la dosis durante cada trimestre y vigile los signos de toxicidad (5).

Seguridad farmacológica fetal: ¿qué debo saber para reducir las malformaciones congénitas por medicamentos anticonvulsivantes?

Utilice la menor dosis posible del anticonvulsivante y no realice cambios farmacológicos bruscos (7,9). En otras palabras, significa emplear la dosis mínima con la cual se logra un adecuado control de crisis. Siempre que sea necesario hacer ajustes posológicos, estos deben realizarse de forma lenta. La excepción al ajuste lento es la necesidad urgente de retirada del medicamento (para esto debe conocer cada fármaco en particular). Se deben evitar suspensiones de fármacos anticonvulsivantes durante la gestación, por el riesgo de crisis convulsivante de rebote.





La elección del fármaco se realiza según las consideraciones aplicables a la población general, en función del tipo de epilepsia y comorbilidades. Se priorizan en la elección aquellos medicamentos con mejor perfil de seguridad y menor teratogenicidad disponibles para la gestación, en consonancia de que esta elección siempre se debe hacer desde el primer contacto que tenemos con una mujer con epilepsia en edad fértil (7). A modo de ejemplo, en raros casos será necesario manejar una epilepsia mioclónica juvenil con ácido valproico (9) (esta decisión le corresponde al especialista) por diferentes razones, entre ellas, el fracaso terapéutico con otros esquemas previos o reacciones adversas intolerables con otros medicamentos.

Si tiene que iniciar un fármaco en una gestante, prefiera levetiracetam, lamotrigina y oxcarbazepina (1,7). Incluso medicamentos como la carbamazepina en dosis bajas han demostrado no tener un alto nivel de teratogenicidad. Los primeros tres medicamentos poseen un riesgo de teratogenicidad similar al de la población general sin epilepsia, el cual es cercano al 1-2 %. Tenga presente que ningún medicamento está libre de riesgos y que la posibilidad de malformaciones fetales propias de cada mujer también influirá, por ello elija la menor dosis necesaria para controlar las crisis y en lo posible en monoterapia (1,4,6,7,9).

La lamotrigina tiene un riesgo de malformaciones congénitas mayores (MCM) dosis dependiente, del 2 % (intervalo de confianza [CI] 1,4 - 2,8 %) a dosis menores de 300 mg/día, sin embargo, este riesgo se duplica con dosis superiores a los 300 mg por día, al ser cercano al 5 %. En dosis superiores a los 300 mg por día conlleva mayor riesgo que carbamazepina 400 mg al día (4 %). Para este último, el riesgo está entre 6 a 7 % de teratogenicidad cuando se utilizan dosis diarias de 400 - 1.000 mg (7). Lo anterior ejemplifica que el riesgo no está ligado exclusivamente al fármaco, sino también a la dosis (7).





El rey de la teratogenicidad

Con relación a los medicamentos anticonvulsivantes que tienen mayor riesgo de malformaciones congénitas mayores (MCM), el ácido valproico es el más importante seguido por fenitoína, fenobarbital y de topiramato. El ácido valproico (AVP) posee un riesgo de presentar MCM en el 25 % de fetos expuestos a dosis mayor de 1.500 mg/día, del 10 % a dosis entre 700 y 1-500 mg por día y del 5 % con dosis total diaria menor de 700 mg (7). Como se mencionó anteriormente en este texto, la politerapia aumenta el riesgo de MCM (7,9), sin embargo, este efecto parece ser más importante cuando la combinación de medicamentos incluye al AVP (NAAPR, *The North American AED Pregnancy Registry*, por sus siglas en inglés) (7).

En pacientes con más de 12 semanas de edad gestacional no hay beneficio en cambiar un medicamento, desde el punto de vista del riesgo teratogénico, debido a que el feto ya pasó por la fase más crítica del desarrollo neural (4,6) y por el contrario expone a la paciente a los efectos adversos del nuevo fármaco y a los del que se está retirando, sin mencionar que podría aumentar el riesgo de crisis epiléptica (4). Por tal razón, de no ser absolutamente necesario, es recomendable no hacer tales modificaciones si la razón es el riesgo de MCM (2). En caso de hacerse por otra causa, esta debe ser supervisada por obstetricia y neurología. Tenga en cuenta que la mayoría de los ingresos a control prenatal son tardíos, es decir, cuando las pacientes consultan, el feto ya ha estado expuesto a la teratogenicidad.

Alteraciones cognitivas y del comportamiento asociadas al ácido valproico

Una consideración que merece ser mencionada, es el hecho de que el AVP puede generar alteraciones del comportamiento, autismo (9), trastorno de déficit de atención-hiperactividad y trastornos del lenguaje en los niños de madres expuestas durante la gestación. Los niños expuestos a ácido valproico a dosis mayor de 800 mg día durante la gestación tienen coeficiente intelectual más bajos comparados con los niños sin esta exposición fetal (Meador y colegas, estudio NEAD, Neurodevelopmental Effects of Antiepileptic Drugs, por sus siglas del inglés).



Se le debe advertir a la paciente sobre esto, y balancear el riesgo de hacer cambios en la medicación anticonvulsivante durante la gestación y dar suplementación adecuada de ácido fólico (7).

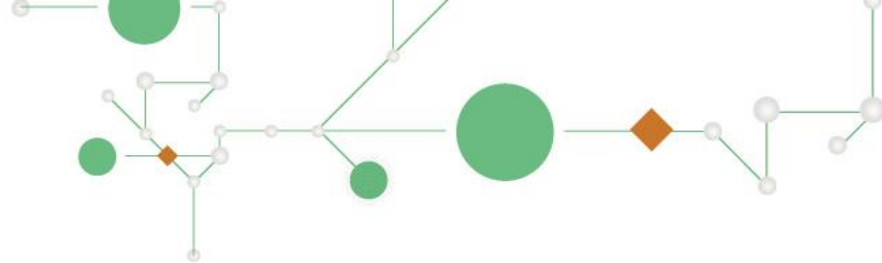
Los hijos de mujeres que no suplementaron ácido fólico en el periodo periconcepcional tienen un riesgo de 5 a 8 veces mayor de desarrollar rasgos del espectro autista. La concentración plasmática de folatos en la madre es inversamente proporcional a la severidad de los rasgos autistas de sus hijos (11). Además, se ha evidenciado que la suplementación de ácido fólico se asocia con un aumento de 10 puntos en el coeficiente intelectual en hijos de mujeres con epilepsia expuestos a anticonvulsivantes durante el embarazo, y que la fuente dietaria de folatos por sí sola no provee este efecto protector. Esto demuestra la gran importancia de iniciar el suplemento con ácido fólico de manera oportuna, idealmente previo a la concepción (12).

Postparto, puerperio y lactancia materna

Después del parto es necesario realizar un desmonte gradual de los fármacos que aumentamos durante la gestación. Este se realiza de forma gradual en un lapso de 2 a 4 semanas (4). Tenga presente que, de no realizar la disminución, la madre se expone a un riesgo elevado de toxicidad medicamentosa.

El postparto es un período que se acompaña de ajustes fisiológicos en la paciente, alteración del patrón de sueño (la madre sufre la necesidad alimenticia del recién nacido), hay mayor estrés psicológico, cognitivo y emocional, entre otras situaciones que pueden favorecer la presencia de crisis convulsivas. Algunas estrategias para reducir el riesgo son fortalecer el apoyo por la familia, indicar acompañamiento, apoyo emocional y con las nuevas tareas asociadas a ser madre. Se recomienda acompañar a la madre y al neonato en aquellas situaciones que potencialmente aumentan el riesgo de lesión para ambos.





Los lactantes tienen riesgo de ahogamiento durante el baño dado que la madre podría convulsionar. Por lo tanto, el baño debería ser supervisado por otra persona.

La familia puede apoyar la lactancia especialmente durante la noche, con leche extraída durante el día para garantizar que el sueño de la madre sea de mejor calidad y continuidad (la privación de sueño es un desencadenante de crisis). La posición para lactar debe ser cómoda para la madre, en seguimiento de las pautas usuales para esta y con énfasis en la preferencia por la posición en sedente sobre la bipedestación, en un lugar cómodo y seguro (como la cama, mueble) con el fin de evitar traumas del binomio en caso de caídas ocasionadas por las crisis. Es aconsejable no utilizar cargadores para bebés, sino más bien utilizar cochecitos para reducir el riesgo de trauma del lactante en caso de crisis epiléptica (2).

No se trata de limitar y cohibir a la paciente, sino más bien de garantizar espacios seguros para el binomio. Es necesario favorecer la lactancia materna e indicar recomendaciones basadas en el sentido común que permitan que se desarrolle y fortalezca el vínculo apropiado entre la familia y el nuevo integrante. Sugiera la recolección y almacenamiento de leche materna, con el fin de que otra persona pueda alimentar al neonato, mientras la madre tiene periodos más estables y prolongados de sueño (2).

No hay contraindicación para la lactancia materna, incluso ante el consumo de ciertos anticonvulsivantes (2). Evite las benzodiazepinas y los barbitúricos, por el riesgo de sedación y efectos sobre la succión. Es importante garantizar el acceso a las revisiones del recién nacido y los controles de crecimiento y desarrollo para vigilar hitos del desarrollo, la alimentación, somnolencia y tono del neonato. Administre signos de alarma verbales y por escrito a la madre y la familia.

3. MENSAJES INDISPENSABLES





- Trate a las mujeres en edad reproductiva con el fármaco anticonvulsivante que sería el ideal en caso de gestación. La mayoría de los embarazos no se planifican, por esta razón considere que su paciente podría estar gestando el día de mañana antes de iniciar un medicamento.
- Recomiende la planificación familiar y fomente el acceso a los servicios médicos de promoción y prevención, donde la paciente pueda acceder a información confiable. Asesore sobre anticoncepción y sobre preconcepción, siempre que tenga una mujer en edad reproductiva.
- El ácido fólico se recomienda en toda mujer en edad reproductiva con epilepsia, las dosis recomendadas varían entre 1 a 4 mg por día. Garantice que al menos los 3 meses previos a la gestación reciban 4 mg diarios, esto es especialmente importante cuando hay antecedentes de defectos del tubo neural en gestaciones previas.
- Debería ser rutina preguntar por la toma adecuada y la tolerancia a los medicamentos y de los micronutrientes gestacionales.
- En el primer trimestre el número de anticonvulsivantes y dosis debería ser reducido para disminuir el riesgo de MCM mientras se mantiene control ictal basado en el historial de crisis del paciente y en niveles terapéuticos cuando estén disponibles.
- Los anticonvulsivantes con menor riesgo de MCM son levetiracetam, lamotrigina y oxcarbazepina, seguidos por carbamazepina.
- Siempre que se pueda, utilice la monoterapia, y si utiliza la politerapia evite el ácido valproico.
- El ácido valproico es el anticonvulsivante con mayor riesgo de teratogenicidad, seguido por fenitoína, fenobarbital y topiramato.
- Es importante evitar el ácido valproico en mujeres en edad reproductiva.
- Si solo puede ser manejada con ácido valproico (ejemplo, otros FACs fallaron), utilice la menor dosis posible con la que logre control de crisis.



- Genere espacios de diálogo en su consulta que permitan desmitificar creencias falsas asociadas a la epilepsia y los medicamentos anticonvulsivantes. Recuerde que una de las principales causas de fracaso terapéutico y de aumento de la mortalidad en epilepsia es la falta de adherencia a la medicación y a las recomendaciones no farmacológicas.
- No se contraindica la lactancia materna. Movilice redes de apoyo para la madre que le ayuden en la adaptación a los múltiples estresantes del antes, durante y del después de la gestación.

4. VIÑETA CLÍNICA (DESENLACE)

La paciente fue remitida a tercer nivel de atención, donde fue valorada por neurología clínica y Obstetricia. Neurología reinició carbamazepina al considerar que logra control con dicho medicamento y a dosis con poco riesgo de teratogenicidad. Además, el período crítico para las malformaciones congénitas mayores ya había pasado. Se realizaron hemograma, función hepática y tiroidea, las cuales resultaron normales. El servicio de Obstetricia comprobó viabilidad fetal, realizó paraclínicos básicos gestacionales y en conjunto con Neurología clínica fue dada de alta con manejo de micronutrientes que incluyó ácido fólico y carbamazepina. Dada la dificultad en el acceso a los servicios de salud de tercer nivel de complejidad, la paciente realizó los controles gestacionales en el hospital local donde fue adherente. El resto de gestación, parto y período perinatal transcurrió sin complicaciones.



1. King A, Gerard EE. Contraception, fecundity, and pregnancy in women with epilepsy: an update on recent literature. *Curr Opin Neurol* [Internet]. 2022 Apr 1;35(2):161-168. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/35191408/>
2. Calle Y. Epilepsia y Mujer ¿Cómo tratar a una mujer con epilepsia? In: VI Simposio Residentes de Neurología. VI. Medellín, Antioquia: ANIR; 2018.
3. Patel SI, Pennell PB. Management of epilepsy during pregnancy: an update. *Ther Adv Neurol Disord* [Internet]. 2016 Mar;9(2):118-29. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/27006699/>
4. Gerard EE, Meador KJ. Managing Epilepsy in Women. *Continuum (Minneapolis)* [Internet]. 2016 Feb;22(1 Epilepsy):204-26. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/26844738/>
5. SEN 2019. Manual de práctica clínica en Epilepsia. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la SEN 2019. In: Neurología E sociedad española de, editor. Manual de práctica clínica en Epilepsia. España; 2019. p. 133–41.
6. Tomson T, Battino D, Bromley R, Kochen S, Meador K, Pennell P, et al. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epileptic Disord* [Internet]. 2019 Dec 1;21(6):497-517. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/31782407/>
7. Sazgar BM. Treatment of Women with Epilepsy. 2019;(April):408–30.
8. Pack AM. Epilepsy Overview and Revised Classification of Seizures and Epilepsies. *Continuum (Minneapolis)* [Internet]. 2019 Apr;25(2):306-321. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/30921011/>
9. Owen M, Morrow J. Epilepsy in pregnancy. 2016;2880(June):1–8.



10. Pohlmann-Eden B, Beghi E, Camfield C, Camfield P. The first seizure and its management in adults and children. *BMJ* [Internet]. 2006 Feb 11;332(7537):339-42. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/16470055/>
11. Bjørk M, Riedel B, Spigset O, Veiby G, Kolstad E, Daltveit AK, et al. Association of Folic Acid Supplementation During Pregnancy With the Risk of Autistic Traits in Children Exposed to Antiepileptic Drugs In Utero. *JAMA Neurol* [Internet]. 2018 Feb 1;75(2):160-168. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/29279889/>
12. Sadat-Hossieny Z, Robalino CP, Pennell PB, Cohen MJ, Loring DW, May RC, et al. Folate fortification of food: Insufficient for women with epilepsy. *Epilepsy Behav* [Internet]. x2021 Apr;117:107688. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.udea.lookproxy.com/33636531/>