



## **PSIQUIATRÍA PERINATAL**

Cristina Soler González, Camino Pérez Pemán, Marina Romance Aladrén, Ángela González Maiso, Pablo Ortega López-Alvarado, Clara Caudevilla Soler.

[claracaude@gmail.com](mailto:claracaude@gmail.com)

### **RESUMEN**

El uso de fármacos antidepresivos en el embarazo se ha duplicado en la última década. Se ha descrito una elevada prevalencia de mujeres con trastorno mental en edad reproductiva, con tratamiento psicofarmacológico y deseo gestacional, motivo de consulta cada vez más frecuente en las consultas externas de Salud Mental. Con el fin de poder realizar una revisión cronológica de los diversos dilemas clínicos que se nos plantean habitualmente en referencia a esta temática, presentación de tres casos clínicos de forma longitudinal y revisión bibliográfica. El primer caso trata de una paciente de 42 años diagnosticada de Trastorno esquizoafectivo, en seguimiento y tratamiento psicofarmacológico, con evolución tórpida y planteamiento de deseo de formar familia, aparición de conflicto decisional, realizamos evaluación longitudinal de la enfermedad materna, riesgos de la descompensación en el periodo perinatal y del tratamiento farmacológico (teratogénesis, complicaciones obstétricas, neonatales y efectos sobre el neurodesarrollo), con posterior toma de decisiones compartida con la paciente. El segundo caso se trata de una paciente de 35 años diagnosticada de Depresión Mayor con un embarazo inesperado, se aborda el manejo farmacológico para control sintomático, con posterior revisión del manejo y seguridad de los psicofármacos durante el embarazo. El último caso, paciente de 24 años con diagnóstico de Depresión Postparto, descripción de la sintomatología, etiopatogenia, tratamiento y consecuencias de esta psicopatología, inciso en trastornos del vínculo, suicidio materno y filicidio. Finalmente se hace referencia a los mitos relacionados con la Salud Mental Perinatal.

### **INTRODUCCIÓN**

Debido al aumento de uso de psicofármacos en el embarazo, especialmente los Antidepresivos, cada vez es más frecuente en las consultas de Psiquiatría, los profesionales se vean enfrentados a tomar decisiones no exentas de dilemas, el planteamiento del embarazo en mujer con Trastorno Mental, ponderación del riesgo-beneficio del tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo en relación a los posibles efectos de la exposición a psicofármacos sobre el desarrollo fetal, del neonato y posterior neurodesarrollo del niño, y en

## PSIQUIATRÍA PERINATAL

contraposición asegurar la estabilidad de la enfermedad materna, finalmente destacar el período postparto como etapa vulnerable para la recaída y aparición de sintomatología afectiva, en forma de Depresión Postparto, infradiagnosticada debido a las múltiples barreras para acceder al tratamiento en la etapa perinatal.

### **METODOLOGÍA**

Exposición de tres casos clínicos y revisión bibliográfica.

#### **Tres casos clínicos**

En relación al planteamiento del embarazo en mujeres con Trastorno Mental, desarrollamos el siguiente caso, se trata de una mujer de 42 años con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo en seguimiento desde los 18 años en consultas externas de Psiquiatría a raíz de un primer episodio grave con sintomatología delirante. Como datos psicobiográficos, es la menor de la fratría de 6 hermanos, convive con su pareja desde los 24 años, no tiene hijos, en estos momentos se encuentra de incapacidad laboral transitoria y ha trabajado en la hostelería. Como antecedentes familiares, Trastorno delirante de tipo celotípico materno, dos hermanas, una diagnosticada de un antecedente de Episodio Psicótico y una de Fibromialgia. La paciente ha presentado una evolución tórpida, con recaídas anuales, en forma de reagudización de sintomatología afectiva, generalmente reactiva a estresores externos, cese de ésta con reajuste del tratamiento psicofarmacológico y seguimiento ambulatorio continuo, no antecedentes de ingresos hospitalarios, actualmente en tratamiento con Sertralina y Seroquel. La paciente en una de las visitas expresa el deseo de ser madre y la posibilidad de iniciar pauta descendente farmacológica, para realizar un plan terapéutico adecuado nos apoyamos en tres procedimientos, en la práctica basada en la evidencia, en este caso toda la información que disponemos sobre el posible efecto de la exposición de los psicofármacos en el embarazo proviene de estudios observacionales por las dificultades éticas de realizar ensayos clínicos en embarazadas, cuando no existe la suficiente evidencia científica podemos basarnos en el modelo de ponderación riesgo/beneficio, conjuntamente con la paciente hacemos una evaluación longitudinal de la enfermedad, identificamos factores de riesgo de recaída, más de cinco episodios depresivos francos, dos de ellos con sintomatología delirante, cuatro intentos previos de retirada del tratamiento psicofarmacológico por deseo gestacional, tiempo de estabilidad interepisódica máxima de 6 a 8 meses, no hay antecedentes familiares de patología perinatal, la evaluación del riesgo de recaída es elevado, la recomendación fue mantener el tratamiento pregestacional, no retirar absolutamente toda la pauta psicofarmacológica por el riesgo de comprometer la salud materna, ya que la etapa perinatal es un periodo vulnerable a las recaídas y esto podría comprometer el bienestar materno y fetal, con resultados obstétricos y neonatales desfavorables. Se identificaron las opciones terapéuticas posibles, aportando la

## PSIQUIATRÍA PERINATAL

información disponible sobre los efectos del tratamiento psicofarmacológico sobre teratogenicidad, resultados obstétrico, neonatal y sobre el posterior neurodesarrollo del niño. Finalmente analizamos las preferencias y expectativas de la paciente y realizamos una evaluación del grado de aceptación de los diversos tratamientos y resultados derivados de éstos. El resultado final sobre la ponderación riesgo-beneficio fue iniciar paulatinamente pauta descendente de psicofármacos, durante dos años se mantuvo parcialmente estable con dosis bajas de psicofármacos pero no se quedó embarazada, la paciente presentó un episodio de reagudización de sintomatología afectiva, realizando tentativa autolítica en forma de intoxicación medicamentosa voluntaria de fármacos y conducción temeraria, que requirió ingreso hospitalario y exposición a varios psicofármacos a dosis elevadas, posteriormente al alta, ésta ha referido no deseo gestacional, priorización de la estabilidad psicopatológica y mantenimiento de pauta de tratamiento.

El segundo caso, mujer de 35 años que acude a la consulta de Psiquiatría derivado por el Médico de Atención Primaria para valoración de reajuste del tratamiento actual ante el conocimiento de embarazo inesperado de aproximadamente 2 meses. Como datos psicobiográficos, convive con su pareja, en estos momentos se encuentra de incapacidad laboral transitoria y tiene buen apoyo familiar. No tiene antecedentes familiares. Como antecedentes personales, una primera visita a las consultas externas de Psiquiatría hace 7 años, diagnosticada de Trastorno Adaptativo y se inició tratamiento antidepresivo con Paroxetina, no realizó seguimiento y refiere haber estado estable durante estos años con el tratamiento. Ante el riesgo elevado de malformaciones cardíacas en el feto asociado a la exposición de Paroxetina en el embarazo, se decidió retirada paulatina de ésta con controles continuos. A los 3 meses de la retirada, la paciente presentó un episodio depresivo, con anhedonia, sentimientos de tristeza, tendencia al aislamiento en el domicilio y disminución del apetito, se realizó ponderación riesgo-beneficio individual, se recomendó pauta de tratamiento con Sertralina y la paciente aceptó, con mejoría anímica a los meses de evolución.

El tercer caso, mujer de 27 años derivada por el Médico de Atención Primaria por sintomatología ansiosa-depresiva tras nacimiento de su hija hace 3 meses. Es la mayor de la fratría de dos hermanos, actualmente convive con su pareja con el que refiere relación armónica e hija de 3 meses, ha estudiado un Grado Superior y trabaja en una residencia de la tercera edad, actualmente se encuentra de incapacidad laboral transitoria. Antecedentes familiares, hermano diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista. Antecedentes personales de seguimiento ambulatorio durante 3 años por Psiquiatría Infantil a raíz de la separación de los padres y aparición de conductas disruptivas que cedieron con tratamiento psicofarmacológico y terapia psicológica. La paciente presenta sintomatología depresiva desde una semana previa a la cesárea, ánimo triste, anhedonia, sentimientos de culpa relacionados con la maternidad, episodios de ansiedad recurrentes, tendencia al aislamiento domiciliario con

## PSIQUIATRÍA PERINATAL

reducción de las actividades lúdicas, insomnio mixto y pérdida de 4 kg en los últimos 5 meses. Refiere no presentar ideación tanática y expresa que la hija actúa como factor protector. La paciente presenta una Depresión Postparto, planteamos inicio de tratamiento Antidepresivo con Fluoxetina y Mirtazapina, en estos momentos lactancia artificial, la paciente presenta evolución favorable después de 2 meses y mejoría de la interacción con la hija y establece vínculo seguro.

### DISCUSIÓN

En relación al primer caso, tenemos que saber que la etapa perinatal no es un período libre de psicopatología ni más protegido como se ha creído durante años, al contrario, es un período vulnerable donde la enfermedad materna puede aparecer en forma de episodios recurrentes y llegar a comprometer a la salud materna y al bienestar fetal. Por lo tanto es importante conocer la seguridad de los fármacos y los efectos que éstos pueden tener sobre el desarrollo fetal, neonatal y del posterior neurodesarrollo del niño, para poder realizar una ponderación individualizada de cada caso del riesgo-beneficio del tratamiento psicofarmacológico y no caer en la evitación del fármaco ante el desconocimiento de los efectos de exposición y dejar así la enfermedad materna descubierta. Por otra parte se ha observado que la descompensación psicopatológica de la enfermedad materna se ha asociado con mayor riesgo de parto prematuro, aborto espontáneo, preeclampsia y menor peso al nacer. Finalmente la toma de decisión pertenece a la paciente, por eso es importante que se haya hecho una ponderación individualizada adecuada y se haya aportado toda la información disponible con la suficiente evidencia científica para poder valorar riesgo-beneficio de mantener tratamiento psicofarmacológico y así ésta sea conocedora de los tratamientos y atenciones y posibles resultados. Se han identificado una serie de barreras en este proceso, como son el estigma de la salud mental en la sociedad, especialmente en embarazadas, se ha producido una idealización de la etapa perinatal que no es real, condición que ha dificultado la búsqueda adecuada de tratamiento por sentimientos de culpabilidad, las continuas alertas publicadas por organismos de control sobre asociaciones de la exposición a psicofármacos con malformaciones en el feto, y la opinión de familiares, amistades y la información transmitida a través de los medios de comunicación influye en la toma de decisiones, es habitual que gran parte de las pacientes abandona el tratamiento de forma inmediata, sin consultar con ningún profesional, y sin ponderar el riesgo individualizado.

En relación al segundo caso se ha realizado una revisión del manejo y seguridad de los psicofármacos en el embarazo. Para valorar el potencial teratogénico de los antidepresivos se ha hecho a través de dos metanálisis recientes (*Einarson, Kennedy, y Einarson, 2012; Griogoriadis et al, 2013*), se ha visto que no hay incremento para malformaciones mayores,

## PSIQUIATRÍA PERINATAL

ligero incremento del riesgo para malformaciones cardíacas a expensas de la Paroxetina, en referencia a las complicaciones obstétricas y neonatales, están asociados a mayor riesgo de hipertensión pulmonar persistente del neonato en expuestos al final de la gestación a ISRS, mayor riesgo de parto pretérmino, menores puntuaciones en el Test de Apgar, mayor incidencia de Síndrome de Adaptación Neonatal, mayor número de partos por cesáreas, tasas mayores de inducción de parto y ruptura prematura de membranas. No se ha demostrado que el efecto de exposición prenatal a antidepresivos esté asociado a efectos sobre el neurodesarrollo del niño. Por lo tanto tenemos que ponderar la utilización de éstos, una vez se decida mantener o iniciar pauta, el tratamiento de elección son los ISRS, y dentro de éstos se tienen que utilizar los más estudiados y seguros, Sertralina, Fluoxetina y Citalopram. Es importante recordar que la Paroxetina se ha asociado a malformaciones cardíacas en el feto, y en el 2005 la FDA, corrigió el nivel de recomendación de C a D. Respecto a los antipsicóticos, no hay suficiente evidencia científica para realizar afirmaciones sobre malformaciones congénitas asociadas con la exposición prenatal de antipsicóticos en el embarazo. En un estudio retrospectivo (*Reis y Källen, 2008*) se observó un pequeño riesgo de defectos cardiovasculares en mujeres expuestas en el embarazo a Zuclopentixol y Flupentixol. En un estudio de cohortes (*Diav-Citrin, Shechtman, Ornoy et al., 2005*), aquellas embarazadas en tratamiento con Haloperidol, no hubo incremento de malformaciones congénitas. Respecto a los antipsicóticos de segunda generación, en la última revisión sistemática de 2014, no se mostró que el riesgo de malformaciones congénitas en los fetos expuestos a Antipsicóticos de segunda generación fuera mayor que en la población general. En relación a las complicaciones obstétricas y neonatales, éstos se han asociado a una mayor riesgo de diabetes gestacional, parto pretérmino, mayor peso y tamaño al nacer, y mayor incidencia de Síndrome de Adaptación Neonatal. No se ha observado que la exposición prenatal a antipsicóticos esté asociada a efectos sobre el neurodesarrollo del niño. No hay ningún antipsicótico aprobado en el embarazo, el más usado es el Haloperidol, no hay ninguno de elección, hay que tener en cuenta varios factores relacionados en la paciente, efectos extrapiramidales, síndrome metabólico, la ganancia ponderal, la presión arterial...etc. La clozapina no debe considerarse de primera elección y se deben evitar antipsicóticos de liberación retardada. Si mantenemos el mismo, deberemos pautar la mínima dosis efectiva. Finalmente, las benzodiazepinas, en los datos publicados en estos últimos 10 años, bajo riesgo teratogénico, no se confirman los riesgos específicos de labio leporino o paladar hendido (*Enato, Moretti & Koren, 2011*). En referencia a las complicaciones obstétricas y neonatales se ha visto que la exposición en el tercer trimestre a dosis altas de benzodiazepinas (equivalentes aproximadamente a más de 30 mg de Diazepam) se ha asociado con Síndrome del Lactante Hipotónico, y no se ha demostrado efecto de la exposición prenatal a benzodiazepinas sobre el neurodesarrollo posterior del niño. Así que, el uso continuado de benzodiazepinas en el embarazo tiene que ser a corto plazo y limitado en el tiempo, priorizar aquéllas de vida media corta o intermedia como

## PSIQUIATRÍA PERINATAL

el Loracepam, que es de elección porque la transferencia placentaria es menor en comparación con el resto, en el caso de que la paciente haya hecho un uso prolongado a dosis elevadas, se aconseja reducir gradualmente la dosis antes del parto, y evaluar el Síndrome del Lactante Hipotónico y el Síndrome de Adaptación neonatal en las primeras 48-72 horas de vida. Finalmente, en relación al último caso, la Depresión Postparto tiene una elevada prevalencia, 13%, casi la mitad de las pacientes que la padecen no realizan una búsqueda de tratamiento por la estigmatización mental y más especialmente en la embarazada, refieren sentir sentimientos de culpabilidad, la incidencia de aparecer un nuevo episodio depresivo durante las 5 semanas postparto es tres veces mayor que en otro cualquier período vital. En relación a la etiopatogenia, se ha visto una vulnerabilidad genética, alelo de alta expresión del gen transportador de la serotonina, vulnerabilidad neurohormonal, últimamente se ha observado una bajada de estrógenos inmediata en el postparto, seguida de aumento de la MAO-A en distintas zonas cerebrales, con disminución de varias aminos, relacionado con síntomas depresivos y finalmente la vulnerabilidad cognitiva, en relación a los rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento de cada uno frente a este impacto de experiencias perinatales. La Depresión postparto cuando es grave o se cronifica en el tiempo, puede llevar a consecuencias como el trastorno del vínculo, crear un apego inseguro o ansioso, debido a las dificultades de interacción con su hijo, sentimientos de indiferencia o incluso de rechazo, aumento del suicidio materno, es la causa del 20% muerte materna durante el primer año, y finalmente el filicidio, que no es frecuente, pero debido a la gravedad hace necesario la exhaustiva exploración mental de la paciente, valorando los sentimientos hacia el bebé.

### CONCLUSIONES

- Destacar la importancia del planteamiento del embarazo en mujeres con trastorno mental y realizar una adecuada ponderación individual conjunta con la paciente del riesgo-beneficio de mantener el tratamiento psicofarmacológico o no, y realizar una toma de decisiones compartida, respetando las preferencias y expectativas de la paciente, y elaborando un plan terapéutico individualizado.
- Como profesionales de la salud es imprescindible conocer la seguridad y efectos de la exposición de psicofármacos sobre el desarrollo fetal, neonatal y posterior neurodesarrollo del niño según la evidencia científica actual, y así poder realizar una evaluación crítica de cada caso con la información disponible que obtenemos.
- La Depresión Postparto es una patología que la mitad de las pacientes que la padecen aproximadamente no realizan búsqueda de tratamiento por la idealización de la sociedad de esta etapa y los mitos relacionados con la maternidad, siendo necesario romper con

## PSIQUIATRÍA PERINATAL

éstos, realizar una adecuada psicoeducación de los trastornos psiquiátricos durante la etapa perinatal y el curso de éstos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. García-Esteve, L., Valdés Miyar M. (2016). *Manual de Psiquiatría Perinatal. Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, postparto y lactancia.*