



DESEO DE EMBARAZO EN LA PSICOSIS: UNA SITUACIÓN COMPLEJA

Miquel Serra Casaus, Marta Mota Rivas, Marina García Rapún, Javier Navarro Aznar, Camino Pérez Pemán, Marina Romance Aladrén.

mikisc44@gmail.com

RESUMEN

El deseo de embarazo en pacientes con esquizofrenia u otros cuadros psicóticos supone un reto en cuanto al manejo terapéutico, especialmente desde el punto de vista farmacológico. Por una parte, puede llegar a interferir en la concepción debido a los efectos secundarios de los neurolépticos (por la elevación de prolactina y la consecuente amenorrea), por otra, puede suponer un riesgo para el feto, en caso de mantenerlo, o un riesgo para ambos en caso de retirarlo o modificarlo. En el manejo de esta situación tiene un papel clave la situación clínica, la evidencia científica disponible y el criterio médico. Se aborda el tema a través del caso de una paciente de 32 años diagnosticada de esquizofrenia, en la que esta condición ha supuesto un reto y ha dado lugar a situaciones, decisiones y consecuencias complejas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exposición de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 32 años, natural de Rumanía, sin antecedentes psiquiátricos relevantes, que acudió a urgencias en contexto de un primer episodio psicótico. Tras valorar el caso se pautó tratamiento farmacológico con antipsicótico (aripiprazol) y seguimiento ambulatorio, con buena respuesta al mismo y remisión rápida de la sintomatología psicótica positiva. La paciente recuperó su funcionalidad previa pasados dos meses, reanudó actividad laboral y se normalizó la convivencia en domicilio, que se había visto afectada en relación con las vivencias de perjuicio. En ese momento la paciente verbalizó intención de retomar su deseo de ser madre, algo que ya estaba intentando antes del episodio y que había pospuesto hasta recuperarse. Se informó de la conveniencia de mantener el tratamiento y decidió que en ese caso pospondría también su deseo de maternidad.

A los ocho meses de alcanzar la estabilidad clínica la paciente acudió a consulta acompañada de su marido y con la decisión tomada de abandonar el tratamiento porque quería quedarse embarazada y no estaba dispuesta a exponer al feto a los riesgos potenciales del tratamiento. Se le explicó la evidencia científica disponible al respecto, que no hay estudios que demuestren claramente efectos dañinos de los neurolépticos sobre el feto, además de la impresión

DESEO DE EMBARAZO EN LA PSICOSIS: UNA SITUACIÓN COMPLEJA

diagnóstica y el pronóstico, con una elevada probabilidad de recaída si se suspendía el tratamiento. Tras realizar un balance de los riesgos y beneficios y ante la insistencia y el deseo de la paciente una vez se le ha transmitido la información disponible y la opinión profesional, se tomó una decisión de forma conjunta y se procedió a suspender de forma paulatina el tratamiento a lo largo de cuatro meses, posponiendo hasta entonces los intentos de quedarse embarazada. La retirada progresiva cursó sin incidencias y se mantuvo sin tratamiento, con revisiones quincenales durante otros 2 meses sin apreciarse descompensación psicopatológica, hasta que un día acudió de urgencia refiriendo insomnio y se apreciaron vivencias autorreferenciales por lo que se reinició aripiprazol a dosis bajas. En la cita de revisión programada quince días después acudió primero la familia solicitando ayuda urgente ya que la paciente presentaba pensamientos extraños y verbalizaba deseo de volver a su país de origen y desaparecer. La paciente presentaba reagudización psicótica florida con vivencias de perjuicio hacia la familia, fenómenos de control mental y difusión del pensamiento con gran angustia asociada e ideas de muerte con cierta estructuración, por lo que se procedió al ingreso en Unidad de Agudos que cursó de forma voluntaria y con evolución favorable.

Tras dos meses de ingreso en la Unidad de Agudos fue dada de alta con tratamiento con paliperidona de larga duración. El cuadro psicopatológico se mantuvo estable después de los ajustes farmacológicos y pasados dos meses la paciente volvió a expresar su deseo de quedarse embarazada, pero refería que desde el alta de la Unidad de Agudos padecía amenorrea. Tras detectar niveles elevados de prolactina, se procedió al cambio por aripiprazol de larga duración que conllevó un breve periodo de inestabilidad clínica con pródromos de descompensación que respondieron favorablemente a ajuste con medicación oral, y en dos meses se normalizó el periodo menstrual.

La paciente mantenía su opinión de que no estaba dispuesta a exponer al feto a ningún tipo de riesgo. Se abordó detenidamente la situación con la paciente y su familia, recordando la parte positiva y negativa de cada una de las alternativas y haciendo hincapié en el antecedente de recaída precoz tras la retirada del tratamiento, por lo que desde la unidad de salud mental se recomendó firmemente el mantenimiento del tratamiento neuroléptico planteando, eso sí, una reducción del mismo hasta la dosis mínima eficaz, vía oral y valorando la posibilidad de cambiar a tratamientos con mayor evidencia científica (haloperidol), sin que ello implicara que no podía quedarse embarazada. La paciente presentaba una escasa conciencia de enfermedad, lo que unido a su rigidez respecto a este tema interfería en el debate respecto a la actitud a seguir a pesar de la buena vinculación a la unidad. Su pareja expresó su deseo de ser padre y apoyaba el planteamiento de hacer algunos ajustes farmacológicos pero sin retirarlo por completo. Finalmente, la paciente decidió mantener el tratamiento psicofarmacológico pero renunciando a su deseo de maternidad porque no estaba dispuesta a asumir los riesgos potenciales.

DESEO DE EMBARAZO EN LA PSICOSIS: UNA SITUACIÓN COMPLEJA

En la última visita la paciente acudió con irritabilidad importante y cierta hostilidad, refiriendo que la discrepancia con su marido sobre el tema del embarazo y el tratamiento ha concluido en un distanciamiento entre ambos y actualmente se están planteando la separación. Se apreció rabia hacia su pareja que a pesar de que podía ser comprensible dada la situación contenía un matiz de perjuicio por su parte, y al profundizar se apreciaron vivencias paranoides hacia él que impresionaban de que podían estar encapsuladas y han eclosionado a raíz del conflicto actual. Se realizó ajuste al alza del tratamiento neuroléptico y está pendiente de valorar la respuesta al mismo.

DISCUSIÓN

A lo largo del seguimiento de este caso se han ido planteando diversas dudas, retos y situaciones que ponen a prueba no solo los conocimientos científicos, sino también morales, éticos y legales.

El primer reto que surgió fue qué hacer con el tratamiento farmacológico en el momento que la paciente planteó su deseo de quedarse embarazada. Recordemos que nos encontramos ante una paciente que ha presentado un primer episodio psicótico hace menos de un año, y en estos casos ya existe controversia respecto a cuánto tiempo hay que mantener el tratamiento farmacológico. Las recomendaciones actuales más apoyadas parecen sugerir mantenerlo al menos durante un periodo de 12 meses si el episodio no ha sido grave y con remisión de la clínica en menos de un mes (sería el caso de esta paciente) y 24 meses en aquellos casos graves o en los que la clínica persiste más de un mes. En ambos supuestos se considera un descenso progresivo del tratamiento durante 3-6 meses y mantener seguimiento activo al menos durante 5 años. Por lo tanto, desde ese punto de vista parece indicado mantener el tratamiento al menos unos meses más. Pero en nuestro caso hay un condicionante, y es que la paciente desea quedarse embarazada. Las últimas revisiones sugieren que hay que tener en cuenta algunos factores predictores a la hora de valorar la retirada del tratamiento psicofarmacológica en casos de deseo de embarazo. La gravedad de los síntomas, el hecho de haber presentado dos episodios en menos de un año, y el segundo en forma de recaída precoz tras la retirada del tratamiento apoyarían la opción de no retirar del tratamiento. El problema surge cuando al compartir esta información a la paciente ella prefiere aceptar los riesgos que puedan derivarse de la suspensión del tratamiento antes de exponer al feto al efecto de los fármacos. En ese momento la paciente se encontraba estable y comprendía las explicaciones, que se transmitieron con la mayor objetividad y asertividad posible, así que se procedió a respetar su decisión y mantener un estrecho seguimiento para detectar posibles datos de alarma.

Este proceder estaría más claro si se tratara de un caso de clínica depresiva, ansiosa u obsesiva, por ejemplo, ya que en dichas patologías suele existir una buena conciencia de enfermedad que permite entender realmente cuales pueden ser las consecuencias de dicha

DESEO DE EMBARAZO EN LA PSICOSIS: UNA SITUACIÓN COMPLEJA

acción. Pero en pacientes con cuadros psicóticos, y especialmente en aquellos con un debut reciente de la enfermedad, que sólo han tenido un episodio, y por las características de las vivencias psicóticas, puede resultar dudoso que realmente lleguen a comprender el riesgo al que se exponen. En muchas ocasiones creen tener el control sobre esos pensamientos y el poder para impedir su reaparición; otras veces incluso hacen una negación de que dichos fenómenos les hayan ocurrido o les puedan volver a ocurrir. Por ello, a pesar de que la paciente se encuentra estable y con su capacidad de juicio conservada en el momento en que se exponen los argumentos médicos y toma esa decisión, podría cuestionarse si es consciente realmente de la magnitud del riesgo que implica tal decisión.

En la segunda ocasión en la que la paciente plantea la retirada del tratamiento y ya con el antecedente de recaída aguda y grave tras el primer intento, con mayor duración de la sintomatología, la recomendación de mantenerlo es más firme y desde el punto de vista clínico no se puede apoyar la retirada del mismo. Y no sólo por la estabilidad materna; es cierto que exponer a un feto en desarrollo a un fármaco siempre conlleva un riesgo inherente por pequeño que sea, aunque no se haya demostrado ninguno en concreto. Pero es que la retirada del tratamiento no solo supondría un riesgo elevado para la madre sino también para el feto, puesto que una descompensación aguda podría implicar conductas de riesgo, falta de autocuidado y niveles muy elevados de angustia con las consecuentes respuestas fisiológicas que con una probabilidad elevada repercutirían negativamente en el desarrollo fetal.

CONCLUSIÓN

Nos encontramos en pleno siglo XXI, en plena era de la información y de reivindicación de la autonomía del paciente, y parece lógico tener en cuenta su opinión y su deseo una vez han sido adecuadamente informados, pero las dudas surgen cuando la decisión final no concuerda con lo que se espera o con lo que se considera más razonable. Lo primero que hay que tener claro es que al fin y al cabo el paciente es, y siempre ha sido, el que decide; y no porque lo diga la ley de autonomía, sino porque todas las acciones que se recomiendan y todos los fármacos que se prescriben van a repercutir directamente en su salud, y es éste el que en última instancia decide si hace algo o no, o si se toma un tratamiento o no. ¿Qué hacer entonces en esa circunstancia? La respuesta más sencilla en ocasiones parece ser ese pensamiento de "Bueno, que haga lo que quiera, yo ya le he dicho lo que creo que es mejor" que por desgracia es más habitual de lo que debería, como una forma de desentenderse porque no se han hecho las cosas como se ha recomendado.

Como expertos en la salud hay que ser capaces de guiar a los pacientes en el proceso que supone la enfermedad de la mejor forma posible, basándose en la mayor evidencia científica y en la experiencia que confiere la práctica clínica, resultando en una toma de decisiones conjunta. Pero puede que los pacientes tengan miedos, dudas, motivos u opiniones que el facultativo no llegue a comprender, y la autoridad que confieren los conocimientos técnicos no

DESEO DE EMBARAZO EN LA PSICOSIS: UNA SITUACIÓN COMPLEJA

es incuestionable y no debería colocarse por encima de la voluntad del paciente, siempre y cuando ello no repercuta en un riesgo crítico para él mismo, para terceros o para la sociedad. El objetivo último es abordar cada caso de forma individual, valorando la situación de forma global y buscando la mejor alternativa posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segarra Ecgebarría, R. (2013). Abordaje Integral de las Fases Tempranas de la Psicosis.
2. 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.