

Caso Clínico : TEC y depresión mayor resistente en postparto.

Autor: Nuria Chinchurreta de Lora. Residente primer año, UHB Mostotes . Area 8, Madrid.

UHB Hospital general de Móstoles. C/Rio Jucar ,s/n – 28935 Móstoles (Madrid).

F.32. Trastorno depresivo mayor , episodio único, de inicio en postparto, resistente a fármacos. En remisión total con terapia electroconvulsiva.

PRESENTACION

Este caso presenta a una mujer de 27 años, que dos semanas después del parto de su primer hijo (1/08/07), comienza con : sintomatología depresiva, elevado nivel de angustia e ideación de muerte. El cuadro evoluciona durante 3 meses, hasta que acude a urgencias voluntariamente y acompañada de su pareja el 31/10/07.

ANTECEDENTES PERSONALES:

SOMATICOS: No alergias medicamentosas conocidas. Parto eutócico de su primer hijo (01/08/07) con desarrollo gestacional normal.
No otras enfermedades médicoquirúrgicas. Fumadora de 15-20 cigarros/día.

PSIQUIATRICOS:

Refiere episodios de ánimo bajo durante la adolescencia , que remitieron espontáneamente.

Su madre ha sido vista en el Centro de salud mental de Móstoles, por cuadro desadaptativo en relación a conflictiva familiar, siendo dada de alta.

Historia psiquiátrica de su pareja:

Varón politoxicómano (consumidor de cocaína inhalada y alcohol) de años de evolución.

Ingresado en la unidad de hospitalización breve de Móstoles por psicosis tóxica ,en relación al elevado consumo de cocaína, en 2003 y 2005.

Estuvo en el seguimiento por el C.A.I.D. de Móstoles, ingresando en una comunidad terapéutica y llegando a estar un máximo de un año sin consumir. Hasta 2 meses antes de su ultimo ingreso en Móstoles.

Historia de consumo elevado desde julio 2007. Ingresó en Toledo en diciembre 2007 y en Hospital fundación de Alcorcón en febrero 2008.

BIOGRAFICOS:

Natural de Madrid. Desarrollo gestacional y parto normales. Infancia muy introvertida. Es la menor, y única chica , de 3 hermanos (36 y 35 años). Vive en el domicilio familiar hasta los 20 años, que se traslada a vivir con su hermano mediano y su cuñada.

Disfunción familiar crónica en familia de origen (“mis padres siempre estaban discutiendo y nunca me han dado cariño”).

En el domicilio de su hermano conoce a su actual pareja, que es hijo de la mujer de su hermano (relación previa) , con el que tiene su primer hijo en agosto 2007.

Curso estudios hasta 1º bachiller, y posteriormente un módulo de estética.

En la actualidad, y desde hace 4 años, trabaja en una empresa avícola , con buena integración . Al ingreso estaba de baja maternal.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Dos semanas después del parto, comienza con ánimo bajo, ideas de muerte que permanecen de forma “intrusiva”, sintomatología de duda, importante sentimiento de culpabilidad , minusvalía e inutilidad, rumiaciones intensas sobre el niño y su papel de madre (“soy mala madre”, “puedo hacerle daño a mi hijo”), elevado nivel de angustia e insomnio global.

EXPLORACION PSICOPATOLOGICA:

Consciente y orientada globalmente. Adecuada y colaboradora. Buen contacto visual.

Animo bajo con aplanamiento afectivo y alexitimia. Elevado nivel de angustia.

Lenguaje escaso y coherente con aumento del tiempo de latencia en sus respuestas.

Bloqueo del pensamiento. Ideas persistentes de culpa, minusvalía e inutilidad, rozando lo deliroide. Ideas de muerte persistentes sin ideación autolítica estructurada en el momento actual. No auto ni heteroagresividad. Insomnio global. Hiporexia con pérdida de 4-5 Kg.

Se realiza valoración por la **Escala de Hamilton** , obteniéndose una puntuación total de 27 , que correspondería en la escala puntuación-gravedad del cuadro a una depresión mayor (18 – 29 puntos).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

T.A.C. cráneo: sin hallazgos patológicos.

E.C.G: ritmo sinusal a 75 latidos por minuto. Sin alteraciones en el trazado.

Análítica: dentro de la normalidad todos los parámetros. Apareciendo perfil tiroideo normal, con negatividad para anticuerpos antitiroideos.

EVOLUCION :

Durante su estancia ha permanecido correcta y adecuada, con escasas relaciones interpersonales, hasta dos semanas previas al alta.

Persiste ideación de culpabilidad que llega a tintes deliroides.

Se inicia tratamiento con paroxetina, en dosis crecientes hasta alcanzar los 60mg/día, sin obtener mejora. Se introduce quetiapina, por importante componente deliroides y ansioso, que se eleva hasta alcanzar dosis de 600mg/día.

La paciente continúa verbalizando la incapacidad para cuidar a su hijo y realizar cualquier actividad de la vida diaria por la sensación de angustia que le invade todo el día.

Desde fechas tempranas del ingreso se dejan salidas terapéuticas con el fin de potenciar la relación con su hijo, cuyo cuidado está al cargo de su cuñada-suegra y su hermano.

Se realiza cambio de tratamiento antidepressivo, a clomipramina, con disminución paulatina y reglada del tratamiento previo. Se aumentan hasta alcanzar dosis máximas (375 mg/día) en tiempo adecuado.

Se observa viraje en el terreno afectivo, que pasa del bloqueo a la labilidad emocional, con frecuentes crisis de angustia.

Durante su estancia en hospital de Móstoles su pareja ingresa en dos ocasiones por consumo abusivo de tóxicos (4gr/día de cocaína inhalada) y descontrol de impulsos con alteraciones conductuales.

Ante la falta de respuesta al tratamiento farmacológico se realiza protocolo preterapia electroconvulsiva, sin que exista contraindicación, con la aprobación de paciente y familia . Se inicia en 15/01/08, hasta completar un total de 9 sesiones, a razón de 2 sesiones/semana. Sin que se produzcan complicaciones o efectos adversos. Se realiza ascenso en el nivel de intensidad hasta 45 amperios.

Se comienza a observar mejoría a partir de la quinta sesión. La paciente va mostrando interés por las actividades cotidianas, disminuye de forma importante el elevado nivel de ansiedad, hasta desaparecer casi por completo. Realiza crítica de las ideas de culpa y minusvalía y verbaliza planes de futuro.

Existe cobertura afectiva por parte de la familia actual, con supervisión y cuidado del menor.

Su pareja inicia seguimiento en el C.A.I.D. Móstoles, tras ser dado de alta en Alcorcón.

JUICIO CLINICO:

Depresión mayor endógena, en periodo postparto, resistente a tratamiento con clomipramina y remitida con terapia electroconvulsiva.

DISCUSION:

La depresión mayor es una de las patologías psiquiátricas más frecuentes en la actualidad, caracterizada por ánimo bajo de más de dos semanas de evolución, con apatía y anhedonia. La prevalencia de la población general oscila entre el 15 – 35%, siendo más frecuente en mujeres. La OMS proyecta que para el 2020, será la primera causa de discapacidad. Un 66% de pacientes con tratamiento farmacológico responden y el 33% consiguen la remisión. El T.E.C. está indicado en aquellos que son resistentes a fármacos, y suponen entre el 26 – 49%.

El T.E.C. sigue siendo un tratamiento empírico y los mecanismos implicados en la respuesta depresiva son las actuaciones postsinápticas.

Se demuestra que no hay daño cerebral, la afectación funcional es perfectamente asumible en relación con la gravedad de la patología tratada.

Resulta tratamiento de elección en la resistencia a fármacos, sobre todo cuando se ha empleado el recurso de los tricíclicos sin mejoría alguna o el componente suicida está muy presente.