

Autores: Cano Ruiz, P*; Cañas Fraile, S**, Sánchez García, MD*; Gómez Peinado, A**.

*Médico adjunto Psiquiatría CHA
**Médico Residente Psiquiatría CHUA



INTRODUCCIÓN:

Se describe el caso de una mujer de 33 años, que acude a urgencias con cuadro de náuseas compatible con gestación de 7 semanas y episodio de agitación psicomotriz.

Como antecedentes médicos; no RAMC, ni enfermedades de interés. Gestante de 7 semanas por FIV, tras tres intentos fallidos. Ginecológicos; embarazo de alto riesgo. G2A1 (IVE). Niega antecedentes familiares, ni consumo de tóxicos.

Antecedente de Trastorno de Angustia con agorafobia en seguimiento durante 2 años con recuperación completa y alta en Marzo 2014 sin tratamiento psicofarmacológico.

Tratamiento: Progesterona y estrógenos.

En la exploración física no se encuentran alteraciones relevantes. Las pruebas complementarias (ECO, analítica..) son anodinas.

A nivel psicopatológico: Consciente y orientada. Agitación psicomotriz moderada con deambulación errática. Discurso fluido, espontáneo, parco en contenido. Hipotimia secundaria a malestar físico. No clínica de semiología psicótica. Ideación autolítica parcial. Biorritmos conservados.

Juicio clínico: Episodio de agitación psicomotriz en gestante de 7 semanas.

DISCUSIÓN:

El embarazo puede suponer el inicio o la descompensación de trastornos psiquiátricos, lo que plantea dilemas fundamentales debido a que el uso de psicofármacos en éste periodo puede tener implicaciones clínicas especiales, éticas y legales.

La morbilidad psiquiátrica en población embarazada se sitúa entre 20-40%, siendo la patología más frecuente la ansiosa y depresiva. Si bien, puede encontrarse cualquier tipo de cuadro como; agitación psicomotriz, descompensación psicótica, manía agitada..

La dificultad en la prescripción de psicofármacos, estriba en la imposibilidad de realizar estudios controlados que indiquen seguridad en su administración. Actualmente no hay criterios unificados sobre cómo manejar los tratamientos y tampoco se conoce bien la morbi/mortalidad de las enfermedades psiquiátricas no tratadas durante el embarazo.

En caso de recomendar tratamiento valorar; a) riesgos teratogénicos en función de la embriogénesis, b) intentar monoterapia, c) priorizar uso de fármacos más estudiados y seguros (según FDA) y d) utilizar dosis mínima eficaz.

Respecto a la prevalencia del fenómeno suicida en éste periodo existen pocos estudios. Una revisión bibliográfica, concluye que las muertes intencionales y los intentos de suicidio son menos frecuentes entre embarazadas que entre no embarazadas. (Brockington L. 2001; 16(Supl2):7-19.)

BIBLIOGRAFÍA

-Chinchilla Moreno A et al. Embarazo, parto y lactancia. En: Chinchilla Moreno A, ed. Tratado de Terapéutica Psiquiátrica. Madrid: Nature Publishing Group Iberoamérica, 2010.

-Goodman, J. H., Chenausky, K. L., & Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(10), e1153-84