

“UNA NUEVA VIDA, UNA DECISIÓN. TRASTORNO BIPOLAR.”

AUTORES: MARIA EULALIA DEL ROSARIO GONZÁLEZ
MARIA BEGOÑA ALONSO CARRASCOSA
MARTA PASCUAL RODRÍGUEZ
SOFIA MANRIQUE ALCAIDE

INTRODUCCION

El Hospital de Día de Psiquiatría es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad en régimen de día de pacientes con diversas patologías mentales, entre ellas, Trastorno Bipolar.

El trastorno bipolar, denominado clásicamente “psicosis maniaco depresiva”, es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente, con una prevalencia de vida por encima del 1%.

El trastorno empieza típicamente en la adolescencia o en la adultez temprana, La incidencia se aproxima al 4% de la población adulta, pero podría alcanzar el 6,5% de la población general si se incluyen formas menores y atípicas.

Esta enfermedad tiende a ser una condición permanente a lo largo de la vida caracterizada por altas tasas de recaída, ansiedad comórbida, trastorno por uso de sustancias, morbilidad subsindromal persistente, disfunción y mortalidad prematura debida especialmente a la alta tasa de suicidio. Son la sexta causa de incapacidad laboral en el mundo y por su gravedad y cronicidad comportan un gran gasto económico y social, tanto directo, (ingresos hospitalarios, utilización de recursos médicos) como indirectos (constantes bajas laborales). Todo ello hace necesario un esfuerzo terapéutico múltiple que vaya más allá de la farmacoterapia y, a su vez, la facilite.

Su prevención y tratamiento son particularmente importantes y complicados para la mujer en edad reproductiva. A pesar de su indudable importancia clínica, poco se conoce acerca del impacto del ciclo reproductivo de la vida de la mujer –ciclo menstrual, embarazo, postparto, lactancia y menopausia– y sobre el curso del tratamiento.

En la segunda mitad del siglo XIX Marcé hizo una recopilación de casos de psicosis severa y trastornos afectivos de aparición durante el postparto. Más tarde, en sus descripciones clásicas de síndrome maníaco depresivo, Kraepelin observó que los ataques de melancolía y manía eran comunes en el embarazo, pero aun más en el postparto.

Sin embargo, aun existe una visión tradicional de que la enfermedad bipolar mejora durante el embarazo. Algunas observaciones clínicas han postulado que el embarazo podría reducir el riesgo de recurrencia de enfermedades psiquiátricas mayores, apareciendo por consiguiente como un factor protector, lo cual no ha sido avalado y resulta polémico. La observación clínica así como los estudios recientes apuntan en sentido opuesto. Parte del estudio sobre iniciativa genética realizado por el *Nacional Institute of Mental Health (NIMH)* ha evaluado a 139 bipolares embarazadas, de las cuales un tercio reporta un episodio anímico durante el embarazo y el 45% haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes del puerperio. Aunque el riesgo de recaída del trastorno bipolar durante la gestación ha sido hasta ahora pobremente caracterizado, varios estudios han

identificado que en ausencia de farmacoterapia continua, 50%-60% de las mujeres con trastorno afectivo bipolar recaen durante el embarazo. Las tasas de recaída son más altas después de la suspensión abrupta del litio, siendo menos conocido el curso después de la discontinuación abrupta de otros estabilizadores del ánimo.

La psicoeducación es un proceso que permite brindar a los pacientes la posibilidad de desarrollar, y fortalecer sus capacidades para afrontar las diversas situaciones de un modo más adaptativo. El profesional de la salud que imparte psicoeducación tiene por objeto orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología para enfocar adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende una mejora en la Calidad de Vida. Este tipo de recurso es una herramienta frecuentemente utilizada en Hospital de Día Psiquiátrico

OBJETIVOS

- Implantar un taller de psicoeducación para pacientes con trastorno bipolar en edad reproductiva.
- Abordar la problemática entre psicofármacos y embarazo en el trastorno bipolar.

DESARROLLO

Los médicos que atienden mujeres embarazadas con Trastorno Bipolar enfrentan un complejo desafío clínico: ellos deben minimizar el riesgo para el feto mientras limitan el impacto de la morbilidad sobre la madre, el neonato y su familia, y lo que podría ocurrir en caso de no ser tratada la madre. Tanto los pacientes como los clínicos enfrentan la difícil decisión si usar o no medicación psicotrópica la cual puede asociarse con complicaciones. La decisión de tratar con medicación durante el período de gestación requiere la responsabilidad compartida, siendo vital la información de la paciente y su pareja. Por lo menos la mitad de los embarazos no son planeados, y por lo tanto, cada año centenares de millares de mujeres exponen sus fetos a medicamentos antes de saber que están embarazadas.

Desde el quipo terapéutico del Hospital de Día Ramón y Cajal, valorando las necesidades de los pacientes ingresados en la actualidad, nos surge la necesidad de implantar un taller de psicoeducación dirigido a pacientes diagnosticados de Trastorno Bipolar en edad reproductiva. En él se abordaran diferentes aspectos en los que se relacione el uso de psicofármacos durante el embarazo, postparto y lactancia; la carga genética propia de la enfermedad y la afectación de este ciclo vital en la mujer a su patología de base. El programa constara de 3 sesiones, la última se expondrá a los pacientes en dos días. Será dirigido por una enfermera especialista en salud mental y un co-terapeuta. Los primeros 5-10 minutos serán de acogida y presentación de la sesión. Seguidamente se expondrá la sesión correspondiente a ese día (25-30 minutos). Para finalizar, en los últimos 15-20 minutos se procederá a una puesta en común sobre lo explicado durante la taller donde se podrán resolver las dudas e inquietudes de los pacientes.

PRIMERA SESIÓN

¿Es una Enfermedad genética?

El componente genético es muy importante en el trastorno bipolar. En los gemelos monocigóticos, es decir, los gemelos idénticos que tienen

exactamente la misma dotación de genes, si uno de los hermanos padece la enfermedad, el otro hermano también la padecerá en más del 60% de los casos. Es decir, que la herencia genética explica aproximadamente el 60% de las causas de la enfermedad. En cualquier caso es un modelo de herencia complejo que no depende de un único gen. Por tanto, no se hereda la enfermedad en sí, sino un grado más alto o más bajo de predisposición que posteriormente en función de distintos factores se desarrollará o no. Además, también existe un cierto grado de herencia conjunta con la depresión unipolar y la esquizofrenia. En los familiares de primer grado de una persona con trastorno bipolar, el riesgo de desarrollarlo se sitúa alrededor del 10%, unas 10 veces mayor que en una persona sin antecedentes familiares. No es imprescindible que un progenitor la padezca, a veces la enfermedad puede no manifestarse en una generación y reaparecer en la siguiente.

Si una persona padece trastorno bipolar, ¿cuál es el riesgo de que sus hijos lo padezcan?

Se estima que el riesgo de que los hijos padezcan también trastorno bipolar ronda el 15-20%. Es un riesgo considerable, pero conviene recordar que la probabilidad de que un hijo no lo padezca es de más del 80%. Sin embargo, cuando los dos padres están afectados y existe predisposición genética por las dos ramas familiares, el riesgo se multiplica y puede ser mucho mayor. No necesariamente se tiene que heredar el mismo subtipo de trastorno bipolar ni el mismo nivel de gravedad de la enfermedad.

Durante esta sesión facilitaremos el debate acerca de si una persona que sufre un trastorno Bipolar puede ejercer o no la responsabilidad que implica el rol de padre o madre y sobre que representaría para cada uno que su hijo tuviera un trastorno Bipolar.

SEGUNDA SESION

¿Puede tener hijos una persona con trastorno bipolar?

La decisión de tener hijos es una decisión muy personal que va mucho más allá de las recomendaciones médicas. En cualquier caso, es una decisión que se ha de tomar normalmente en el ámbito de la pareja teniendo en cuenta, no solo el lógico deseo de tener hijos, sino también el riesgo de que hereden la enfermedad, el riesgo que conlleva para la madre el sufrir una recaída en el embarazo (normalmente por retirada de medicación) o el postparto (época de alto riesgo de recaída), la estabilidad y solidez de la pareja y la capacidad que va a tener la pareja y la red familiar con la que cuente para afrontar la educación y el desarrollo de sus hijos.

La paciente que desee quedarse embarazada deberá comunicárselo con antelación a su psiquiatra para que este inicie la retirada progresiva de los fármacos que considere oportunos.

Lo mejor es que el embarazo coincida con un momento de estabilidad, tanto porque es una decisión muy importante que debe tomarse con responsabilidad, y esto raras veces se da cuando el paciente está en fase de manía o de depresión.

¿Cómo afectan el embarazo y postparto a la enfermedad?

El embarazo en sí no suele afectar demasiado al trastorno bipolar. Hay mujeres cuyo estado de ánimo mejora a lo largo del embarazo, aunque también hay otras a las que les puede ocurrir lo contrario, de modo que no existe una norma generalizada. En cambio, el postparto es una época de muy alto riesgo de recaídas para las mujeres con trastorno bipolar. Confluyen varios factores al mismo tiempo: un brusco cambio hormonal, las pocas horas de sueño y un importante estrés emocional. En las primeras semanas es máximo el riesgo de padecer un episodio de manía, incluso con síntomas psicóticos. El riesgo de padecer depresión postparto se mantiene durante varios meses. Por todo ello es importante establecer un tratamiento preventivo para evitar una descompensación postparto que suele resultar especialmente traumática.

Por este motivo, a la hora de planificar un tratamiento farmacológico, es fundamental considerar que éste sea seguro para el hijo y no produzca recaídas en la madre.

Para decidir el momento de cuándo quedar embarazada, podría tomarse como punto de referencia el tener, al menos, un año libre de síntomas.

TERCERA SESION

¿Se pueden tomar psicofármacos en el embarazo?

Deberían evitarse los fármacos durante el embarazo, siempre que sea clínicamente posible, sobre todo durante el primer trimestre. Sin embargo, esto no siempre es posible cuando existen antecedentes de recaída rápida al retirar los eutimizantes. Deberían evaluarse con especial cautela la interrupción de fármacos en mujeres con antecedentes de depresión suicida o manía psicótica.

Los fármacos se clasifican en distintos grupos según el riesgo que tengan de provocar malformaciones en el embrión o feto en desarrollo. Entre los psicofármacos, hay de todo. Algunos son seguros, otros tienen un riesgo pero es muy bajo, y otros tienen un riesgo muy considerable de provocar malformaciones serias. Por tanto, es un asunto complejo y se debe valorar de forma individual cada caso, decidiendo si es preciso y seguro para la madre suspender todo el tratamiento durante el embarazo o bien se puede mantener una parte del mismo para evitar el riesgo de recaída.

1. Neurolépticos.

Diversos neurolépticos como el Haloperidol, la Levomepromazina (Sinogan), la Clotiapina (Etumina) o la Clorpromazina (Largactil), han sido utilizados ampliamente en pacientes embarazadas. Todos ellos, y en especial el Haloperidol, se consideran fármacos de muy bajo riesgo de producir malformaciones congénitas. Por el momento, disponemos de muy escasa experiencia en el uso del Clozapina (Leponex) y los nuevos neurolépticos (Risperidona y Olanzapina) en las embarazadas.

2. Antidepresivos.

Excepto en el caso de los antidepresivos conocidos como IMAOs, no existen datos que permitan sugerir incremento del riesgo de malformaciones congénitas debido a la toma de antidepresivos por una paciente embarazada. La reciente comercialización de algunos antidepresivos, motiva que con algunos de ellos tengamos todavía muy poca experiencia en embarazadas, por lo que no son fármacos de elección en este tipo de pacientes.

3. Estabilizadores del ánimo (eutimizantes).

Si se prescriben eutimizantes durante la gestación, las pacientes deben ser informadas del riesgo existente, aunque bajo, de malformaciones congénitas en el feto. En el caso del Tegretol (1% de los casos) y del Depakine (3-5% de los casos), puede producirse una malformación del sistema nervioso (espinas bífidas) que ocasiona severos trastornos del movimiento en las extremidades inferiores y dificultades para controlar el esfínter anal y de la orina. El Litio puede producir malformaciones en el corazón (0,1% de los casos). Las citadas malformaciones congénitas pueden diagnosticarse mediante ecografía entre las semanas 16ª y 19ª de gestación.

En el caso de que se prescriba tratamiento eutimizante con litio durante el período de gestación, cabe tener en cuenta que durante el segundo y tercer trimestre pueden requerirse dosis mayores a las habituales para conseguir correctos niveles plasmáticos.

4. Ansiolíticos e hipnóticos (benzodiazepinas).

Las benzodiazepinas son los fármacos habitualmente prescritos para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio. Todas ellas tienen un bajo riesgo de producir malformaciones congénitas. La malformación congénita más frecuente derivada del uso de benzodiazepinas es el labio leporino (fisura en el paladar), con una incidencia del 0.7%. Dada su elevada utilidad en la clínica, no deben ser totalmente excluidas como opción farmacológica durante el embarazo.

5. Terapia electroconvulsiva.

Aunque la terapia electroconvulsiva no es un tratamiento de elección para el trastorno bipolar, puede ser una alternativa importante a la medicación durante el embarazo, especialmente en los casos de ideación suicida u homicida (infanticidio) o bien descompensación psicótica. Hasta la fecha, no existe ninguna indicación de teratogénesis asociada a la terapia resulta especialmente seguro durante el embarazo si se toman precauciones especiales para reducir los riesgos potenciales

Es muy importante planificar exhaustivamente el tratamiento durante el embarazo, parto y período de lactancia debido a que son tres situaciones de elevado riesgo desde un punto de vista psiquiátrico.

Tanto la paciente como sus familiares deben ser informados del curso y pronóstico de la enfermedad durante el embarazo y en el postparto; de los efectos de cada medicamento; y, de los riesgos de no medicarse durante la gestación.

A pesar de ello, como norma general, no está contraindicado que una paciente bipolar se quede embarazada. No obstante, el momento de la gestación siempre debería decidirse de forma consensuada con el psiquiatra de referencia. En el tratamiento de una mujer con Trastorno Bipolar (que está en etapa de poder tener un hijo) es importante siempre considerar, el médico y la paciente, que el embarazo debe ser planificado cuidadosamente.

¿Son peligrosos los psicofármacos para el feto?

Todos los psicofármacos atraviesan rápidamente la placenta y ninguna droga psicotrópica ha sido aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para uso durante el embarazo.

Las malformaciones congénitas representan el principal riesgo de la toma de medicación psiquiátrica durante la gestación. Son casi siempre debidas a daños sufridos por el feto durante el primer trimestre de la gestación, motivo

por el cual, será en este trimestre cuando la toma de medicación se deberá reducir lo máximo posible o incluso suspenderse.

¿Se puede tomar fármacos durante la lactancia?

Las mujeres que optan por la lactancia materna no deben tomar el litio. Se necesitan más datos para evaluar la seguridad del valproico, la carbamazepina y los nuevos anticonvulsivantes, así como los antipsicóticos atípicos, en los bebés expuestos a la leche materna. Por el momento, se desconocen los efectos secundarios sobre el recién nacido derivados de la toma de medicación psiquiátrica por parte de la madre lactante. Este hecho justifica que la mayor parte de los psiquiatras aconsejen suprimir la lactancia materna en las púerperas que reciben tratamiento psicofarmacológico.

CONSEJOS DE UTILIDAD

- Consultar siempre con su psiquiatra antes de tomar la decisión de quedarse embarazada, a fin de poder llevar un control riguroso, conjuntamente con el ginecólogo.
- La decisión final sobre si la paciente va a tomar o no medicación durante el embarazo le corresponde siempre a ella; el profesional únicamente puede informar y facilitar argumentos a favor o en contra.
- Tener presente que el postparto es un período de gran vulnerabilidad para las mujeres, y que al tratar durante el embarazo disminuye el riesgo de recaída en el postparto.
- Respecto a los episodios posparto, convendrá que dejemos claro que su origen es psicobiológico que se relacionan con un descenso brusco de estrógenos y con otros cambios orgánicos y no con factores psicosociales de cambio de rol.
- El manejo no farmacológico debe estar presente durante todo el embarazo. Los hábitos de vida saludable, el ejercicio moderado, la buena alimentación y sueño suficiente, las consultas prenatales y el cumplimiento de las recomendaciones, el seguimiento por parte del psiquiatra en unión con el obstetra propiciarán una mejor evolución de la gestación y un buen desenlace perinatal.
- Recordar que algunas medicaciones interactúan con los anticonceptivos orales y que estos pueden comportar desarreglos emocionales pero no descompensaciones.

CONCLUSIONES

La Psicoeducación puede utilizarse como un potenciador de las distintas instancias del tratamiento de los trastornos mentales, particularmente del trastorno bipolar. Puede implementarse en grupos específicos para tal fin. Es considerado por los pacientes de gran valor para su mejoría. A pesar de lo reconocido de su utilidad, falta desarrollar una metodología específica para su aplicación. Nosotros pretendemos utilizarla como parte de un tratamiento integral con el objetivo general de mejorar la calidad de vida. Creemos que los usuarios de nuestro dispositivo diagnosticados de trastorno bipolar se beneficiarían en gran medida de la incorporación de este taller, aclarando sus dudas y orientándoles sobre la manera de actuar ante la reproducción

BIBLIOGRAFIA

- Plan estratégico de Salud Mental 2010-2014. Consejería de Sanidad de

la Comunidad de Madrid: 77.

- Colon F, Vieta E. Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar. Barcelona: Ars Médica 2004; 3, 121-124.
- Viguera A C, Cohen L S, Bouffard S, Whitfield T H, Baldessarini R J. Reproductive decisions by women with bipolar disorder after pregnancy psychiatric consultation. Am J Psychiatry 2002; 159 (12): 4-2102.
- Koren G, Cohn T, Chitayat D, Kapur B, Remington G, Reid D M, *et al.* Use of atypical antipsychotics during pregnancy and the risk of neural tube defects in infants. Am J Psychiatry 2002; 159 (1): 7-136.
- Yonkers K A, Wisner K L, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, *et al.* Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. Am J Psychiatry 2004; 161 (4): 20-620.
- Kendell R E, Chalmers J C, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150: 73-662.
- Kumar R, Robson K M. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry 1984; 144: 35-47.
- Blehar M C, DePaulo J R Jr, Gershon E S, Reich T, Simpson S G Nurnberger J I Jr. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. Psychopharmacol Bull 1998; 34 (3): 43-239.
- Viguera A C, Nonacs R, Cohen L S, Tondo L, Murria A, Baldessarini R J. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. Am J Psychiatry 2000; 157 (2): 84-179.
- Bulacio JM. Uso de psicoeducación como estrategia terapéutica. Fundación de investigación de ciencias cognitivas aplicadas. [Citada 30 enero 2013]. URL disponible en www.fundacioniccap.org.ar.
- Navarro V. Embarazo, postparto y lactancia. Servicio de psiquiatría. Hospital Clinic. Barcelona [citado 2 febrero 2013]. URL disponible en www.mundobipolar.org.
- Yonkers K, Little B. Psychiatric disorders in pregnancy. London: Arnold; 2001: 33-122.
- Goikolea J.M. Trastorno Bipolar. 100 preguntas más frecuentes. Madrid: EDIMSA; 2011: 10,26,56.