

Tratamiento ambulatorio en una paciente con psicosis puerperal

Ambulatory treatment in a patient with postpartum psychosis

MsC. Maria Mercedes Arrate Negret,^I MsC. Vivian Molina Hechavarría^{II} y MsC. Manuel de Jesús Linares Despaigne^I

^I Policlínico Docente Municipal, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Comandante Gustavo Machín", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una puérpera que a los 37 días del parto acudió de forma espontánea a la consulta de Ginecología en el Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba, refiriendo que sentía mucho miedo y sensación de frío intenso en la cabeza, además de no poder dormir bien. El diagnóstico presuntivo fue psicosis puerperal, que se confirmó en la interconsulta con el Departamento de Psicología. La paciente fue tratada con terapia floral y antipsicóticos de manera ambulatoria, y mantuvo seguimiento médico hasta que se le dio el alta. Como factores de riesgo se identificaron la edad mayor de 30 años, y los antecedentes personal y familiar de abandono de la pareja y enfermedad psiquiátrica, respectivamente.

Palabras clave: embarazo, puerperio, psicosis puerperal, terapia floral, antipsicóticos.

ABSTRACT

The case report of a newly-delivered woman that went spontaneously to the Gynecology Service in the Teaching Municipal Polyclinic in Santiago de Cuba 37 days after the childbirth is presented, referring that she felt a lot of fear and sensation of intense cold in the head, besides that she could not sleep well. The presumptive diagnosis was postpartum psychosis that was confirmed in the Department of Psychology consultation. The patient was treated with floral therapy and antipsychotics in an ambulatory way, and she maintained follow up until she was discharged. Age over 30 years, and the personal and family history of marital break-up and psychiatric disease respectively were identified as risk factors.

Key words: pregnancy, postpartum, postpartum psychosis, floral therapy, antipsychotics.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y en la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo y entre este y sus progenitores. Durante el embarazo, y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas debido a los cambios hormonales y a las expectativas vitales y las fantasías ante el nacimiento de un hijo. Contrariamente a las imágenes idealizadas de la maternidad, los meses inmediatos al parto se caracterizan por importantes

episodios de alteraciones mentales y filicidios. Estos cambios son más aparentes en la primera gestación, aunque no son exclusivos de esta y pueden reproducirse en cierta medida en cada nueva maternidad.¹⁻³

En muchas ocasiones las alteraciones en la relación materno-filial perturbaban también la relación con el padre e incluso con los restantes miembros de la familia. Esta carga afectiva mal canalizada puede originarse en una relación previa psicológicamente alterada, lo que da lugar a reacciones psicopatológicas de mayor o menor gravedad que inciden no solo en la salud materna, sino además, y de forma importante, en el desarrollo del nuevo ser.³

A estos cambios psicológicos, que trascurren por episodios de manía o de psicosis, precipitados por el nacimiento de un bebé, se les ha denominado psicosis puerperal.¹ Kaplan y Sadock⁴ definen que estos trastornos mentales se inician en el primer año después del parto y se manifiestan por desequilibrios de humor psicóticos y no psicóticos, en cuya aparición pueden estar involucrados factores orgánicos, hormonales o psicosociales, además de la predisposición femenina.

Las cifras de riesgo de presentar un trastorno psiquiátrico durante el embarazo es, por año, de 7,1 cada 100 000 embarazadas frente a 40,3 cada 100 000 en el posparto;^{1,3} tales datos no pueden ser considerados como válidos en este contexto debido a la escasa información acerca del tema, lo cual condujo a publicar este caso clínico para así introducir una reflexión y actualización del conocimiento sobre la psicosis puerperal.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una paciente de 34 años de edad, con antecedentes de trastornos psicoafectivos y 4 gestaciones previas: 2 partos eutócicos y 2 abortos provocados, quien acudió a la consulta de Ginecología en el Policlínico Docente Municipal de Santiago de Cuba de forma espontánea y sin acompañante, refiriendo que sentía mucho miedo, sensación de frío intenso en la cabeza y que no podía dormir bien, lo que provocaba que no pudiera atender al recién nacido como debía.

La paciente había parido hacía 37 días con egreso hospitalario a los 3 días del parto por la evolución satisfactoria del binomio madre-hijo. El embarazo había sido deseado y planificado, captado precozmente, y en su transcurso había asistido a un total de 10 consultas prenatales, 2 interconsultas de obstetricia y 6 consultas de otras especialidades. Solo presentó una anemia leve en el III trimestre, asociada al embarazo, e infección vaginal en el II y III trimestres.

Al profundizar en el interrogatorio se supo que los síntomas descritos habían aparecido desde hacía aproximadamente 1 semana antes de asistir a la consulta, luego de experimentar un susto muy grande en horas de la madrugada cuando "supuestamente" entraron unos intrusos a su hogar con intención de robar. Asimismo la puérpera planteó que su esposo la había abandonado pocos días después del parto porque considera que el niño no era suyo, y en el hogar convivía con su madre de 64 años y su hijo mayor de 7 años.

Como antecedentes patológicos familiares se obtuvo que la madre presentaba esquizofrenia paranoide y el hijo, alergia bronquial y retraso del aprendizaje.

Examen físico

- Facies de angustia y ojos muy abiertos. Se mostraba hipervigilante, con mirada fija. Su lenguaje era claro y coherente, pero marcadamente repetitivo y monótono.
- En el examen con instrumentos, en especial ginecológico, los resultados fueron normales.

Se estableció como diagnóstico presuntivo el de psicosis puerperal, e inmediatamente se decidió interconsultar con la Licenciada en Psicología del Policlínico, quien coincidió con dicho diagnóstico, por lo que la paciente fue remitida al Equipo de Salud Mental del área para que se le realizara una valoración integral. Tras un análisis exhaustivo de los antecedentes patológicos personales y familiares, y una exploración psicológica y de los elementos clínicos, se confirmó el diagnóstico.

Tomando en consideración las características psicosociales se decidió el ingreso hospitalario, pero ante la dificultad de que la madre de la paciente no pudiera cuidar a los 2 niños, se optó por el seguimiento médico en consulta de salud mental.

Inicialmente se indicó terapia floral (*Agrimonia, Impatiens*, nogal y ciruelas de jardín), así como tioridazina en 25 mg (2 tabletas 3 veces al día por un período de 3 semanas). Luego de evaluar a la paciente al final de la tercera semana se cambió la medicación por clorpromazina de 25 mg (1 tableta 3 veces al día), que junto a la psicoterapia y la terapia floral de Bach constituyeron el esquema terapéutico que se mantuvo hasta el alta médica 2 meses después. Al concluir el año de licencia posnatal, la paciente se incorporó a su trabajo.

COMENTARIOS

Las alteraciones psiquiátricas asociadas al puerperio fueron reveladas desde los comienzos de la historia de la medicina, cuando Hipócrates refirió la existencia de la afección psicótica en púerperas y luego Sorano de Efeso (100 d.C.) la definió como una situación de "frenitis" entendida como "enfermedad mental aguda", unido a fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso rápido y débil. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX que se describió el cuadro clínico, determinado con criterios científicos.^{5,6}

Una vez establecido el conjunto de síntomas y signos como enfermedad, se presentaron 2 líneas etiopatogénicas muy diferentes. Para unos resulta un cuadro con características psíquicas especiales que lo convierten en una entidad diagnóstica, y para otros se debe estudiar entre los grandes cuadros psiquiátricos, puesto que no se puede considerar independientemente de estos. En la actualidad persiste la discordancia nosológica para la clasificación de dicha entidad.⁵⁻⁷

Así se han descrito 4 tipos distintos de reacciones psicopatológicas en el puerperio, a saber:^{3,8-10}

- 1- Síndrome de estrés postraumático: muestra una prevalencia de 1 % y aparece normalmente entre las 24 y 48 horas después de un parto difícil. Predomina la ansiedad asociada con pesadillas e imágenes recurrentes de la experiencia vivida. Es un cuadro pasajero; escasas veces se cronifica. No necesita tratamiento específico.
- 2- Depresión del puerperio (según la bibliografía anglosajona): estado de ánimo melancólico, larvado, que puede pasar inadvertido. Se notifica una prevalencia de

50-70 % o incluso 80 % de los nacimientos. Comienza alrededor del tercer día del posparto, pero no suele superar la semana. Por la levedad de sus síntomas es considerado como una variante del comportamiento normal de la mujer en el posparto. Si se intensifican los síntomas o duran más de un mes, se debe valorar el riesgo de cronificación.

- 3- Depresión posparto: es muy frecuente, afecta entre 10-15 % de las mujeres en los 2-3 primeros meses luego del parto; resulta la complicación médica más habitual de este período. El cuadro sintomático es el típico de una depresión: sentimiento de culpa, trastornos del sueño, cambios de humor con gran tendencia a la tristeza y ausencia de síntomas psicóticos. Presenta mejor pronóstico que las depresiones de otra causa, pero en casos graves requiere hospitalización. Entre otros factores de riesgo se citan: edad materna (menor de 20 años y mayor de 30), problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo, problemas psiquiátricos previos al embarazo, tensiones en la pareja durante el embarazo, acontecimientos desfavorables que generen ansiedad, vividos durante el puerperio.
- 4- Psicosis posparto: se puede confundir con una depresión; su rasgo diferencial es la presencia de síntomas típicamente psicóticos, como delirios o alucinaciones. La duración es variable y en algunos casos se requiere la hospitalización. Se presenta en alrededor de 1-2 por cada 1 000 nacimientos, aunque otros autores elevan esta cifra a 3 por cada 1 000. El cuadro clínico consiste en depresión e ideas delirantes que aparecen después del parto, así como otras características dadas por el rápido cambio de los síntomas, la labilidad de humor y, con frecuencia, los signos de confusión. Entre los factores de riesgo se reconocen: primer hijo, episodios previos de psicosis puerperal, alteraciones psiquiátricas inherentes en la mujer y parto por cesárea.

Aunque lo más frecuente es que la psicosis posparto se presente durante el puerperio, en ocasiones lo hace en el anteparto, con síntomas catatónicos y de eclampsia. Desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, deben verificarse las causas orgánicas de tipo endocrina, infecciosa o autoinmune, las cuales deberán evaluarse cuidadosamente, con vistas a descartar la presencia de una encefalopatía relacionada con alguna toxemia o una neoplasia. Asimismo, es preciso considerar la respuesta específica a determinados medicamentos de posible uso en el parto, así como la posibilidad de una recidiva en pacientes con antecedentes de esquizofrenia o enfermedad maníaco-depresiva.⁹

Este tipo de trastornos requiere una estrategia terapéutica para controlar de un modo integral varios aspectos, como los síntomas maternos, por un lado, mediante el uso de técnicas psicológicas, apoyadas, según lo requiera el caso, con medicación psicótropa, como los neurolépticos, junto con benzodiazepinas o antidepresivos si existe un mayor componente ansioso o depresivo; por otro lado, el establecimiento de medidas dirigidas a proteger el vínculo madre-hijo y a reorganizar una nueva homeostasis del sistema familiar.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dos Santos Alt M, Pereira da Cruz Benetti S. Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento. *Psicol Estud.* 2008 [citado 14 Ago 2015]; 13(2).
2. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Méd Chile.* 2006 [citado 14 Ago 2015]; 134: 713-20.

3. Da Silva ET, Lappann Botti NC. Depressão puerperal - Uma revisão de literatura. Rev Electrónica Enfermagem. 2005 [citado 14 Ago 2015]; 7(2): 231-8.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatria. 8 ed. V 2. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. p. 359-62.
5. García López MT, Otín Llop R. Sobre la psicosis puerperal. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007; 27(100): 501-6.
6. Bezares B, San O, Jiménez I. Patología puerperal. An Sist Sanit Navar. 2009; 32(Supl. 1): 169-75.
7. Maldonado Durán JM, Saucedo García JM, Lartigue T. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. Perinatal Reprodu Hum. 2008 [citado 14 Ago 2015]; 22(2): 90-97.
8. Romero Hidalgo AI, Carrillo Gómez A. Alteraciones psiquiátricas en el posparto. La Medicina Hoy [citado 14 Ago 2015].
9. Andrade Gomes L, da Silva Torquato V, Rodrigues Feitoza A, Rodrigues de Souza A, Monteiro da Silva MA, Soares Pontes RJ. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. Rev Rene. 2010 [citado 14 Ago 2015]; 11(Esp): 117-23.
10. Howard L, Hoffbrand SE, Henshaw C, Boath L, Bradley E. Antidepressant prevention of postnatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005 [citado 14 Ago 2015]; 2.

Recibido: 27 de agosto de 2015.

Aprobado: 17 de julio de 2016.

Maria Mercedes Arrate Negret. Policlínico Docente Municipal, calle 6ta s/n, reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: maria.arrate@medired.scu.sld.cu