

MONOGRAFIA:
“TRASTORNO BIPOLAR Y EMBARAZO”

Dra. María Cecilia Rodríguez
Medica Especialista en Psiquiatría
ceciliarpsi@gmail.com
O'Higgins 2243 - 9D
CABA

Lic. Mabel Sgriniero
Licenciada en Psicología
mabelsgr@hotmail.com
Chaco 40 - 6B
CABA

Bs. As. Marzo de 2018

RESUMEN

El embarazo en el trastorno bipolar plantea situaciones clínicas complejas. Requiere la consideración cuidadosa de los riesgos de los fármacos sobre la teratogenicidad, la toxicidad perinatal y la salud materna; exige además la valoración de las posibles consecuencias de discontinuar el tratamiento estabilizador. Esto implica un delicado equilibrio entre el riesgo/beneficio en el manejo de estas pacientes.

La planificación del embarazo será necesaria para un resultado exitoso de este proceso y, mientras la paciente esté eutímica y clínicamente estabilizada, para poder tomar las decisiones más adecuadas y seguras.

El posparto es reconocido como un periodo de alta vulnerabilidad para los trastornos del estado de ánimo y sobre todo para el TB.

Los psicofármacos han mostrado potencial riesgo para provocar malformaciones congénitas y otros efectos neonatales, pero existen opciones de tratamiento más seguras que otras.

. Las complejas presentaciones psiquiátricas específicas del género y las diferentes respuestas al tratamiento en las mujeres, elevarían potencialmente los riesgos durante el embarazo.

Existe evidencia que respalda la psicoterapia como complemento indispensable del tratamiento farmacológico en mujeres embarazadas con trastorno bipolar, teniendo en cuenta los estresores que puedan afectar el curso de la enfermedad o incrementar el riesgo de recaídas durante esta etapa vital.

Palabras Clave

Trastorno Bipolar - Embarazo – Psicofármacos – Psicoterapia – Prevención de recaídas.

DESARROLLO

El trastorno bipolar constituye un trastorno psiquiátrico crónico y recurrente con una prevalencia por encima del 1%; siendo este una condición de por vida con alta frecuencia de recaídas, comorbilidad, persistencia de síntomas subsindromicos, disfunción, y prematura mortalidad. La edad de comienzo del TB oscila entre la adolescencia y la adultez temprana. Siendo la prevención y el tratamiento particularmente importante en mujeres en edad reproductiva ya que el ciclo menstrual, el embarazo, la lactancia y la menopausia impactan fuertemente en el curso de esta enfermedad (1)

El riesgo de síntomas del estado de ánimo varía sustancialmente a lo largo del ciclo reproductivo femenino. A pesar de que los varones en comparación con las mujeres tienen en la pubertad mayor riesgo de depresión, a partir de la menarca las mujeres se enfrentan a un riesgo mayor de síntomas del estado de ánimo en particular depresión y episodios mixtos, con más evidencia en la fase lútea que en la folicular del ciclo menstrual; siendo más frecuente en las mujeres con TB (el 65 % de las mujeres con trastorno bipolar padece exacerbación premenstrual). Una vulnerabilidad incrementada para episodios del estado de ánimo en mujeres con trastorno bipolar, se vio reportado en relación al periodo premenstrual, el periodo postparto y la transición menopáusica (1).

Alrededor del 65% de los pacientes con TB tienen una comorbilidad psiquiátrica o médica (2) y se ha comprobado que esto es 2.7 veces más probable en mujeres que en varones. Diferencias de género han sugerido que las mujeres son más proclives a experimentar más: episodios depresivos, ciclos rápidos, episodios mixtos, ansiedad comorbida, problemas tiroideos, mas hipomanía o manía inducida por antidepresivos, y mayor precipitación de episodios por eventos estresantes; todo esto elevaría potencialmente los riesgos durante el embarazo (8)(1)

Particularmente el embarazo en el trastorno bipolar constituye una situación clínica compleja en la cual la decisión de medicar o no medicar y, como medicar constituye un desafío profesional; en la cual ambas situaciones, pueden estar asociadas a distintos tipos de complicaciones, para el feto y/o la madre (4)

La decisión, de que es lo más razonable durante el embarazo, debe constituir una responsabilidad compartida del psiquiatra, y del obstetra (junto con la información necesaria dada a la paciente y/o pareja) quienes deben trabajar en forma coordinada para un seguimiento correcto. El manejo del TB durante el embarazo puede ser posible, si se realiza un planeamiento de tratamiento previo a la concepción y un monitoreo clínico estricto, debido a que este embarazo debe ser considerado de alto riesgo (4).

Existe un acuerdo general en considerar al postparto temprano un momento de riesgo incrementado para recurrencia en el TB y otras enfermedades psiquiátricas. En las clásicas descripciones de la psicosis maniaco depresiva, Kraepelin, observo ataques de manía y melancolía en el embarazo pero con mayor frecuencia, luego del parto. Observaciones clínicas sucesivas a lo largo del tiempo sugerían que el embarazo podría reducir los riesgos de enfermedad psiquiátrica aguda y que este podría tener un efecto protector sobre las recurrencias de depresión mayor, psicosis y suicidio (4). Sin embargo estudios más recientes y mayor experiencia clínica sugieren que el embarazo

probablemente no tenga una protección consistente en relación a recurrencia de manía y depresión mayor en TB; sino que el embarazo constituye una situación con riesgo de recaídas, particularmente si se interrumpe la medicación estabilizadora; Freeman y colegas encontraron que el 50 % de las mujeres en una muestra de mujeres con TB se volvían sintomáticas durante el embarazo (8)

Más recientemente, fueron estudiados el curso en TB I y TB II, en una muestra de 101 mujeres embarazadas, quienes discontinuaron el tratamiento de mantenimiento con litio; dicho análisis demostró que la recurrencia es del 52% en la mujer embarazada y del 58% en la mujer no embarazada, en contraste del 21% de las mujeres que no interrumpieron el litio. Otro estudio posterior prospectivo de cohorte comparo el riesgo de recurrencia en 89 mujeres eutímicas, con TB tipo I y II que continuaron el tratamiento estabilizador durante el embarazo o discontinuaron el tratamiento estabilizador; el riesgo de recurrencia durante el embarazo fue de 85.5% para las mujeres que discontinuaron tratamiento y 37% en aquellas que continuaron medicadas, siendo las recurrencias predominantemente mixtas o depresivas y dentro del primer trimestre de embarazo (6)

Los riesgos son los mismos en el TB I y TB II pero más alto es el riesgo en mujeres con historia de 4 o más episodios previos o en aquellas que discontinúan rápida y abruptamente (menos de 2 semanas) el litio próximo a la concepción (4). Estos estudios sugieren que el embarazo tendría un efecto protector limitado sobre las posibles recurrencias de manía y depresión en mujeres con TB; y mayor riesgo implicaría la discontinuación de la medicación estabilizadora.

Esto probablemente refleja que un número de procesos patofisiológicos, alteraciones en los niveles de estrógenos, procesos inflamatorios y fluctuaciones en los biorritmos, están siendo actualmente investigados como potenciales disparadores etiológicos (4).

El embarazo necesita por lo tanto ser considerado como un periodo de alto riesgo de recaídas y recurrencias en el TB, particularmente en el marco de discontinuar o mantener el tratamiento farmacológico.

El TB no es solo heterogéneo en sus manifestaciones agudas, sino también en su curso longitudinal, por lo tanto los profesionales deberán considerar muchos factores individuales, antes de hacer cualquier recomendación respecto al tratamiento profiláctico, como por ejemplo tener en cuenta, el número de recaídas, tiempo libre de síntomas, la gravedad de síntomas psicóticos, la comorbilidad, los tratamientos anteriores, su respuesta o no respuesta, historia familiar, edad de inicio de la enfermedad e intervalo de tiempo entre los episodios(8)(1).

La cuestión del tratamiento farmacológico en el embarazo no es “tratar o no tratar”, “sino como tratar óptimamente” (3).

La mayoría de las publicaciones nuevas se focalizan más en el proceso de obtención del consentimiento informado y un monitoreo obstétrico y psiquiátrico estricto, reconociendo el hecho de que las mujeres con TB requieren de un tratamiento de mantenimiento durante los embarazos (4).

Inevitablemente, es necesario tomar decisiones difíciles e idealmente estas deberían involucrar un acercamiento colaborativo entre médico y paciente. Es esencial que en este proceso de obtención del consentimiento informado, las preferencias de la paciente sean tenidas en cuenta en la toma de decisiones; un riesgo comprensivo, un análisis de los beneficios debe considerar los riesgos del tratamiento como del no tratamiento para la madre y su hijo, focalizados en los riesgos de la teratogenicidad, las complicaciones obstétricas, el deterioro de la adaptación neonatal y complicaciones posibles del neurodesarrollo a largo plazo o cualquier otro resultado en la salud.(2)

El TB no tratado ha sido vinculado con el aumento de los riesgos de las complicaciones en el embarazo tales como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, menor circunferencia cefálica, puntuaciones bajas en el Apgar, parto no inducido espontáneamente, cesárea, parto instrumental, microcefalia e hipoglucemia (2). Los hijos de madres con TB han mostrado alteraciones de memoria y atención como también problemas emocionales, sociales y de conducta. No está claro si un adecuado tratamiento de mantenimiento a lo largo del embarazo atenúa estos riesgos (6).

Algunos estudios muestran relación entre bajo peso-talla al nacer en niños de madres con TB no tratadas; se ha relacionado al litio y a los antipsicóticos con parto prematuro pero no se ha podido establecer una distinción etiológica entre el uso de dichas drogas y el TB (3).

El tratamiento estándar del TB incluye litio, anticonvulsivantes como valproato, carbamazepina y lamotrigina y cada vez más antipsicóticos de segunda generación; siendo el propósito conseguir la mínima dosis efectiva. A pesar de la evidencia de que la polifarmacia incrementa el riesgo teratogenico en general, muchas pacientes, quienes de lo contrario permanecerían sintomáticas, no pueden afrontar la posibilidad de la monoterapia. Existe también la posibilidad de que el aumento de la frecuencia de dosis pueda ser ventajoso a través de minimizar los niveles plasmáticos máximos.

Esencialmente el escenario libre de riesgos no existe y es más bien una cuestión de minimización de riesgos, consentimiento informado y un cuidadoso monitoreo de la salud mental tanto como de los parámetros anatómicos y fisiológicos fetales y maternos.

En la medida de lo posible, entonces, frente a un embarazo en TB, sería conveniente:

- El uso de dosis mínimas efectivas en monoterapia.

- Evitar cambios durante el embarazo para prevenir la exposición del feto a varios psicofármacos.
- Fraccionar las dosis.
- Si fuera necesario discontinuar algún fármaco, hacerlo de manera gradual.
- Realizar una supervisión clínica y psiquiátrica estricta.
- Incrementar el apoyo psicosocial y optimizar la psicoterapia.

FISIOLOGIA Y FARMACOCINÉTICA EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo ocurren una serie de cambios fisiológicos en la mujer que repercuten en la farmacocinética de las drogas, la mayoría de los fármacos atraviesan la placenta y llegan a la circulación fetal a través de la difusión simple predominantemente. Por lo tanto el pasaje de un fármaco de la madre al feto dependerá del peso molecular, la liposolubilidad, el grado de ionización y la unión a proteínas; siendo el pasaje mayor a menor peso molecular, mayor liposolubilidad, mayor el porcentaje de droga ionizada y menor la unión a proteínas.

El enlentecimiento en el vaciado gástrico, el volumen de distribución aumentado, la disminución de la motilidad gastrointestinal, la disminución de unión a proteínas plasmáticas, el aumento del metabolismo hepático y el mayor filtrado glomerular en la madre hacen que frecuentemente las dosis terapéuticas de los fármacos se alteren, por lo que se recomienda aumentar la frecuencia de control del nivel sérico de los mismos como así también la de la revisión psiquiátrica.

El feto presenta bajo nivel de unión a proteínas plasmáticas, metabolismo hepático inmaduro y barrera hematoencefálica permeable que lo hace estar expuesto a niveles altos de fármacos y mayor nivel, sobre todo en el sistema nervioso central. El principal mecanismo de eliminación de drogas en el feto es la difusión hacia la circulación materna ya que este presenta un sistema de eliminación de drogas inmaduro (el metabolismo hepático alcanza recién en el nacimiento el 20% de los valores del adulto). La circulación fetal presenta la particularidad que más de la mitad de la sangre elude el hígado para pasar directo al corazón y al cerebro (5).

SEGURIDAD DE LOS PSICOFARMACOS EN EL EMBARAZO

La FDA estableció una categorización como guía para evaluar el riesgo de teratogenicidad de drogas prescritas; las dividió en 5 categorías con datos derivados de estudios en animales y humanos:

- A. Evidencia de ningún riesgo (con datos controlados en humanos)

- B. Ninguna evidencia de riesgo (conforme a datos negativos o ausentes en animales y/o seres humanos) la posibilidad de daño fetal es remota pero existe.
- C. El riesgo no puede ser descartado (conforme a datos positivos en animales y ausencia de datos en humanos).
- D. Evidencia de riesgo.
- X. Contraindicado en embarazo.

Se encuentran en categoría B: Lurasidona, Clozapina, en categoría C: Lamotrigina, Risperidona, Olanzapina, Aripiprazol, Quetiapina, Ziprasidona, Asenapina, Haloperidol y en Categoría D: Valproato, Carbamazepina y Litio.

Seguridad del litio en el embarazo

El litio es un tratamiento de primera elección en el TB; sin embargo informes retrospectivos identificaron un riesgo elevado de malformación cardiaca, en particular la anomalía de Ebstein. Sin embargo investigaciones más recientes han relacionado la incidencia general de malformación cardiaca en 0.05-0.1% lo cual representa entre un riesgo de 10-20 veces más alto que en la población general, sin embargo el riesgo absoluto es bajo (3); existen también algunas sugerencias de que el litio puede estar asociado a un leve aumento del riesgo de defecto en el tubo neural (2) (4).

Sin embargo, una evaluación sistemática reciente y un metaanálisis del perfil de toxicidad del litio no registró un aumento significativo del riesgo de malformaciones congénitas

El litio demostró un completo pasaje placentario y un equilibrio con la circulación materna siendo los resultados perinatales más adversos cuando las concentraciones son más altas en el momento del parto. La exposición ha sido asociada con un riesgo aumentado de diabetes insípida, polihidramnios, disfunción tiroidea, síndrome del bebe flojo y problemas en el ritmo cardiaco en el recién nacido; los bebes expuestos al litio parecen ser más grandes para la fecha y estos efectos no parecen estar relacionados con la dosis (2).

Hay información escasa relacionada con el neurodesarrollo infantil luego de la exposición intrauterino al litio, sin embargo, lo que está disponible es tranquilizador, no se vio diferencia entre niños expuestos y los no expuestos (4) (6)

Mientras que ciertas guías recomiendan que la exposición al litio en el primer trimestre es una contraindicación (NICE 2006) es ahora ampliamente reconocido que el riesgo teratogenico real y general es significativamente menor que la primera presunción e indudablemente menor en comparación con otras alternativas (valproato, carbamazepina). Por esto la exposición al litio en el primer trimestre debe ser evitada solo después de un juicio clínico acerca del riesgo potencial de recaída secundaria a la discontinuación (4)

Dados los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo los niveles de litio requieren un monitoreo estricto durante la totalidad del mismo, pero particularmente en el tercer trimestre por encima de los requerimientos usuales. Esto incluiría estimaciones mensuales durante el embarazo aumentándolas a semanalmente después de la semana 36 de gestación. La función renal y tiroidea, deben ser medidas en forma estricta durante todo el embarazo.

La evaluación con ultrasonido se focaliza en la translucencia nucal a las 12 semanas de gestación; y ecografía de alta resolución a la semana 16 para realizar escaneo morfológico y ecocardiograma fetal a las 20 semanas. Como hay un riesgo aumentado de bebés grandes para la fecha, en todos los embarazos expuestos al litio se debe monitorear el crecimiento durante el tercer trimestre (4).

En la medida de lo posible, el litio debe suspenderse 24-48 hs antes del parto y restaurado postparto con la dosis pre-embarazo. Una adecuada hidratación debe asegurarse durante el parto. El recién nacido debe ser cuidadosamente monitoreado (4).

Seguridad de los anticonvulsivantes en el embarazo

En comparación con el litio, los anticonvulsivantes, poseen un mayor riesgo teratogénico, con carbamazepina 3%-6%, con lamotrigina 2%-3%, la exposición a divalproato de 5%-11% en monoterapia. Estas malformaciones incluyen defectos del tubo neural principalmente, pero también, malformaciones cardíacas, craneales y urogenitales; y tendrían mayor probabilidad de producirse con dosis maternas superiores a 1000 mg/día de valproato (6). Las complicaciones perinatales pueden ser la carencia de vitamina K, desaceleración cardíaca, tono anormal y retardo del crecimiento, la carbamazepina está asociada con peso bajo al nacer y menor circunferencia craneal (1) (6)

Los factores que pueden incrementar los riesgos de teratogenidad son altos niveles plasmáticos de anticonvulsivantes y la exposición combinada de varios anticonvulsivantes, la menor dosis posible debe ser utilizada o dada en dosis repartidas. Los anticonvulsivantes deben monitorearse estrictamente para ajustarlos adecuadamente, el screening prenatal para detectar malformaciones del tubo neural y cardíacas con ultrasonido entre la semana 18 y 22 se recomienda junto con la evaluación de la alfa feto proteína y la inclusión de 5 mg de ácido fólico previa a la concepción y durante los 3 primeros meses de gestación, aunque no está claro que esto pueda atenuar el riesgo de defectos en el tubo neural por la exposición a los anticonvulsivantes(4)

Las complicaciones perinatales son más frecuentes con el divalproato de sodio pudiendo provocar elevados riesgos de desaceleración cardíaca, síntomas de

abstinencia como irritabilidad, nerviosismo, tono anormal, dificultad para comer, hepatotoxicidad, hipoglucemia y reducción del fibrinógeno. Se ha relacionado a la carbamazepina y lamotrigina con hepatotoxicidad y a la lamotrigina con potencial para provocar síndrome de Steven Johnson (3).

Los anticonvulsivantes están siendo estudiados cada vez más, en relación a su potencial, para causar efectos adversos sobre el neurodesarrollo, luego de la exposición uterina de los mismos. La carbamazepina y la lamotrigina no han sido relacionadas con retraso mental y bajo coeficiente intelectual, pero si el valproato de sodio que mostro una clara asociación con coeficientes intelectuales bajos, afectación en la adquisición verbal, comportamiento maladaptativo y retraso del neurodesarrollo (; este riesgo, parece ser dosis dependiente y más teratogenico cuando se usa en combinación con otros anticonvulsivantes. La lamotrigina en comparación con otros anticonvulsivantes presenta un perfil de riesgo reproductivo favorable. (4) (6)

Algunos estudios sugieren un mayor riesgo de malformaciones congénitas con altas dosis diarias de lamotrigina; pero la mayoría de los estudios no encontró relación de la dosis con el posible efecto teratogenico.

La incidencia de malformaciones congénitas mostro ser menor con lamotrigina que con valproato y carbamazepina. Siendo mayor el riesgo de malformación si se usa combinada con valproato que sola (10.7%-versus 2.8%) (6).

En la mayoría de las embarazadas el clearance de lamotrigina se incrementa. La lamotrigina es metabolizada en el hígado por glucuronización; el aumento del estradiol plasmático durante el embarazo produce una regulación hacia arriba de la uridina-difosfatoglucuroniltransferasa 1A4 (UGT) quien cataliza el 90% de la lamotrigina conjugada, volviendo a su nivel basal inmediatamente luego del parto (7).

La lamotrigina incrementa su clearance dentro de los dos primeros meses de embarazo, ascendiendo progresivamente dentro de las 10 primeras semanas, alcanzando el pico a las 32 semanas, siendo variable en cada caso; lo que hace que la concentración de lamotrigina decline a lo largo del embarazo pudiendo realizar aumentos de dosis para evitar la posible aparición de recurrencias, siendo necesario por riesgo a toxicidad reducir la dosis inmediatamente posterior al parto. El nivel plasmático de lamotrigina retorna dentro de las 3 a 4 semanas postparto al nivel pre embarazo. La transferencia placentaria de lamotrigina ha sido documentada, las concentraciones de lamotrigina en la madre y el niño (medida en el cordón umbilical) en el momento del nacimiento fueron equivalentes (7)

En madres, en etapa de lactancia, se han encontrado en los lactantes niveles variables de lamotrigina sérica por lo que es difícil predecir el riesgo de los lactantes con la exposición a lamotrigina. Formas maduras de UGT, que permiten a los niños metabolizar la lamotrigina aparecen luego de los 3 primeros meses de vida y pueden tardar 3 años en alcanzar el nivel adulto.

La mayoría de los estudios en seguridad reproductiva con anticonvulsivantes han sido realizados en pacientes con epilepsia y es asumido que estas mujeres presentan un riesgo mayor de niños nacidos con malformaciones congénitas que la población general, independientemente de los efectos de los anticonvulsivantes (6)

Seguridad de los antipsicóticos en el embarazo

Al momento no tenemos seguridad en prescribir antipsicóticos en el embarazo; esto surge a partir de la ausencia de datos negativos más que de la presencia de datos positivos (4)

Una revisión sistemática con antipsicóticos durante las etapas temprana y tardía del embarazo, concluyo que todavía actualmente es imposible asesorar adecuadamente en relación al uso de antipsicóticos atípicos en el embarazo (1).

Un gran estudio prospectivo comparando resultados en embarazos en 151 mujeres medicadas con antipsicóticos atípicos incluyendo: 60 medicadas con olanzapina, 49 con risperidona, 36 con quetiapina y 6 con clozapina; concluyo que hubo un solo caso (0.9%) de malformación congénita (6).

Se relacionó a los antipsicóticos con bebés grandes para la edad gestacional. Un pequeño estudio en 45 niños expuestos intrauterino a antipsicóticos típicos, 25 expuestos a antipsicóticos atípicos, y 38 no expuestos; dieron como resultado que altos índices de bebés grandes para la edad gestacional que fueron expuestos a atípicos (20%), 2% para los expuestos a típicos y 3% los no expuestos (6).

Los antipsicóticos típicos y atípicos han sido relacionados con complicaciones perinatales, incluyendo extrapiramidalismo, distres respiratorio, convulsiones, dificultades en la alimentación, taquicardia, baja presión arterial y transitorio retraso del neurodesarrollo (6).

Sin embargo no queda claro que tan extensivamente los antipsicóticos atípicos pueden complicar el periodo neonatal y es recomendable la observación de movimientos extrapiramidales transitorios, síntomas de abstinencia y sedación (3).

Se ha visto que risperidona, olanzapina, clozapina y quetiapina tienen tasas de malformación congénita de 0.9-4.1%. El pasaje placentario podría ser mayor con haloperidol y olanzapina, intermedio con la risperidona y menor con la quetiapina. Las complicaciones perinatales incluyeron diabetes gestacional materna, bebés grandes para la edad gestacional y síntomas extrapiramidales del neonato. No hay datos suficientes con aripiprazol, ziprasidona, asenapina y lurasidona (1).

El potencial riesgo para desarrollar aumento de peso y diabetes gestacional de los antipsicóticos atípicos podría aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas y de malformaciones congénitas incluyendo las cardíacas y las del tubo neural (6).

Estudios recientes seguidos luego de un estudio prospectivo caso-control encontró una asociación entre la exposición intrauterina a antipsicóticos y trastorno del neurodesarrollo: se evaluó a 309 niños evaluados durante 6 meses luego del parto que fueron expuestos intrauterinamente a antipsicóticos, 202 a antidepresivos y 85 a ningún psicofármaco; dio por resultado que niños expuestos a antipsicóticos tenían un bajo rendimiento neuromotor, en comparación con los niños expuestos a antidepresivos y niños no expuestos. La posibilidad es que la exposición incrementa el riesgo de retraso sin daño permanente, pero faltan estudios de seguimiento por periodos más largos (6)

Los antipsicóticos típicos han sido estudiados, pero sigue siendo incierto si los antipsicóticos incrementan el riesgo de malformaciones congénitas; siendo la prevalencia en la población general entre un 2-4%. Un estudio de cohorte de nacimientos (1995-2005) en Suecia, Reis y Kallen informaron que el uso general de antipsicóticos estaba asociado con un moderado nivel de malformaciones comparado con la población control, pero que el incremento era mínimamente significativo (OR 1.45, 0.99-1.41). Mayormente las malformaciones fueron cardíacas (defectos septales en aurículas y ventrículos) pero esto se ajustó al uso concomitante de antiepilépticos. Existen pocos estudios sistemáticos con respecto a efectos adversos perinatales luego de la exposición intrauterina a antipsicóticos típicos, pero casos severos de síndrome extrapiramidal han sido reportados (4)

TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL POSPARTO

El periodo de posparto puede representar el momento de mayor riesgo para los trastornos del estado de ánimo en la vida de las mujeres, particularmente en las mujeres con trastorno bipolar (8).

Los episodios del estado de ánimo posparto parecen ser más comunes en mujeres con trastorno bipolar que no toman medicación durante el embarazo, en comparación con aquellas que sí lo hacen (3).

Wesseloo et al. Informaron que los niveles de recaídas posparto eran significativamente más altos entre aquellas mujeres que no fueron medicadas durante el embarazo (66 %) comparado con aquellas que sí tuvieron tratamiento farmacológico (23 %). La medicación estabilizadora durante el embarazo, en mujeres con TB, sería importante no solo, para mantener la estabilidad durante la gestación sino para prevenir recaídas posparto. El litio tendría un efecto protector desde el principio hasta el final del embarazo y en el periodo posparto. En mujeres con antecedentes de psicosis posparto el inicio profiláctico del litio inmediatamente posparto, luego de un embarazo sin medicación, podría ser efectivo para evitar recaídas (9).

Las mujeres con TB tienen alto riesgo de sufrir psicosis posparto (25-50%), anteriormente un extensivo control estimó que después de una psicosis posparto una

mujer tiene entre un 35-65% de posibilidades de desencadenar un trastorno bipolar. Siendo muchas veces el episodio incipiente de un diagnóstico de TB (9).

La depresión puerperal es el diagnóstico psiquiátrico que se realiza con mayor frecuencia en el posparto, con una incidencia reportada entre 12-20%, si bien el cortejo sintomático no difiere de la depresión en otras etapas de la vida, tiene algunas particularidades. Es frecuente la presencia de irritabilidad, ansiedad, agitación y temores relacionados con el bebé. En algunos casos pueden aparecer síntomas psicóticos como ideas delirantes y alucinaciones lo cual agrava el cuadro y requiere inmediata intervención. No debe dejarse de lado la posibilidad de ideación suicida ya que aunque la tasa de suicidios es menor que en otras etapas de la vida, este ocasiona el 20% de las muertes en el puerperio, resultando la segunda causa de muerte materna en el posparto (9)

Las mujeres que se deprimen suelen sentirse avergonzadas, se atormentan por la falta de conexión con sus hijos, al núcleo familiar le resulta difícil comprender la situación. La depresión genera un impacto negativo en el ámbito familiar y en el establecimiento del vínculo con el bebé particularmente en su desarrollo cognitivo-emocional; los niños de madres que han estado deprimidas en el posparto presentan mayor dificultad en el contacto social, menor autoestima, mayor conducta agresiva y mayor predisposición a padecer síntomas ansioso-depresivos en la juventud, en relación a niños de madres eutímicas. La evolución del cuadro suele ser breve y de remisión espontánea, pero hasta un 25% permanecen deprimidas luego del primer año... Los factores de riesgo para sufrir depresión posparto son: depresión antenatal, antecedente de depresión posparto previas, conflictiva social y de pareja, recién nacido con complicaciones médicas. De menor gestación: nivel socioeconómico bajo, madres solteras, embarazo no deseado, complicaciones obstétricas (10).

La tristeza puerperal o “maternity blues” constituye la aparición de tristeza, ansiedad y labilidad emocional que le ocurre a un gran porcentaje de mujeres (entre el 50-90%) luego del parto, con un pico entre el 4to y 5to día y luego, va disminuyendo hasta desaparecer aproximadamente a los 10 días. No se conceptualiza como un trastorno afectivo, sino como la respuesta más habitual a esta nueva etapa en el ciclo vital, los cambios hormonales y físicos (4)

El diagnóstico diferencial entre un episodio depresivo unipolar y la depresión bipolar en el puerperio es importante; teniendo en cuenta que el puerperio es un momento de inicio frecuente del TB; pudiendo así evitar las consecuencias negativas del uso de los antidepresivos y tratar adecuadamente con estabilizadores del ánimo y antipsicóticos, mejorando la evolución y el pronóstico, cuando el tiempo transcurrido es crítico por el impacto que tendrá en el desarrollo posterior del niño (4)

Se han descrito ciertas características de la depresión bipolar en el puerperio: síntomas atípicos, pensamiento acelerado, síntomas psicóticos, antecedentes

personales de manía e hipomanía previas, antecedentes familiares; inicio temprano en el posparto (10).

La psicosis posparto constituye un cuadro de emergencia psiquiátrica que requiere de intervención clínica inmediata. El objetivo principal de dicha intervención se centra en mantener segura a la madre y al niño.

La evaluación de la madre debe descartar causas orgánicas de psicosis aguda como alteraciones de la urea, encefalitis por síndromes paraneoplásicos, hipoparatiroidismo, hipotiroidismo, enfermedades metabólicas, enfermedades infecciosas, deficiencias vitamínicas, eclampsia, accidentes cerebro vasculares y uso de drogas entre otros (10).

Luego del nacimiento las mujeres son vulnerables para padecer síntomas psiquiátricos severos. Las mujeres tienen 22 veces más predisposición para padecer, dentro del primer mes posparto, episodios de manía o psicosis que en el resto de su vida. La prevalencia de psicosis posparto en la población general está estimada en 1-2 cada 1000 nacimientos (1) (11)

En la mayoría de los casos, el comienzo es rápido y dentro de las 2 semanas posparto; los síntomas tempranos incluyen insomnio, fluctuaciones del ánimo, y frecuentemente obsesiones en relación al recién nacido, seguidas luego por síntomas severos como alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento desorganizado y severos síntomas en el estado de ánimo, como manía, depresión o estado mixto siendo esta por lo tanto considerada un desorden del estado de ánimo y no un desorden psicótico primario (4)

La psicosis posparto puede presentar además síntomas cognitivos atípicos como desorientación, confusión, perplejidad, falta de reconocimiento de personas, despersonalización y desrealización; además presenta una baja incidencia de síntomas de primer orden de Schneider (3).

La psicosis posparto debe ser claramente diferenciada de la depresión posparto que afecta al 10% de las mujeres y quienes experimentan apatía, irritabilidad, ansiedad, aislamiento social, sentimientos de culpa y la percepción de no poder hacer frente, que impactan sobre la relación madre-hijo. El comienzo de la depresión es muy variable, comúnmente los síntomas depresivos comienzan durante el embarazo (en casi el 50% de los casos) y dentro del primer año posparto.

El litio y los antipsicóticos son comúnmente utilizados en el tratamiento de la psicosis posparto; también han sido estudiados el propranolol, los estrógenos, la progesterona y la TEC.

Se han propuesto distintos algoritmos de tratamiento para mujeres con historia de psicosis, limitada al periodo posparto y las mujeres con TB. En estas últimas, la profilaxis durante el embarazo aparece como altamente importante, no solo para mantener el estado de ánimo estabilizado, durante el embarazo, (teniendo en cuenta el

alto riesgo de recaídas durante este periodo), sino también para reducir las recaídas posparto que son de alta frecuencia en la mujer con TB; en contraste con las mujeres con psicosis, limitadas al periodo posparto, se recomienda iniciar tratamiento farmacológico profiláctico inmediatamente después del parto (4).

La TEC es altamente efectiva en depresiones severas asociadas a (síntomas psicóticos, alto riesgo suicida y signos catatónicos), para catatonía y cuadros de manía agitada o psicosis.

Existe buena evidencia en el tratamiento de la TEC, en depresión severa que no responde a los fármacos, o cuando los riesgos asociados a la enfermedad son tan elevados que se requiere de un rápido tratamiento.

La TEC es uno de los tratamientos más efectivos para la psicosis puerperal, concluyendo a través de varios estudios que, la TEC es relativamente segura y efectiva en embarazo, por lo que puede ser utilizada en cuadros severos y agudos del TB en mujeres embarazadas (4) (6).

LACTANCIA

La lactancia presenta múltiples ventajas para la relación madre- hijo y la salud infantil pero implica por lo general la privación del sueño lo cual afecta la estabilidad del TB. A pesar de que todos los medicamentos pasan al niño a través de la leche materna, la mayoría lo hace en menor medida que a través de la placenta. El nivel sérico de los fármacos en el lactante es un porcentaje del nivel sérico de la madre. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia estableció en 2008 una guía que toma en cuenta el grado de pasaje a la leche y divide a los medicamentos de L1 a L5 siendo más seguro aquellos en categoría L1 y los L5 incompatibles. El valproato y la carbamazepina, el haloperidol y los antipsicóticos de segunda generación serían más seguros, mientras que el litio está contraindicado y la lamotrigina estaría en riesgo intermedio debido a que las dosis excretadas en la leche pueden no ser excesivas, pero las relaciones plasmáticas leche-lactante suelen ser muy variables(8).

Si se decide continuar con la lactancia mientras la mujer está tomando medicación es fundamental hacer un seguimiento estricto del lactante, y suspender la lactancia si se presenta algún problema (1).

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Es importante emplear durante el embarazo medidas de psicoeducación y técnicas de terapia cognoscitivo-comportamental para evitar las situaciones personales o familiares que puedan desencadenar una nueva crisis afectiva, aumentar la autoestima de la paciente y estimular en ella una mejor forma de afrontar el estrés y los conflictos.

Tratamiento no farmacológico

Es importante que la paciente además del tratamiento farmacológico reciba otros tipos de abordajes:

Psicoterapia: indicada en pacientes que se encuentran estabilizados anímicamente, o se encuentren atravesando episodios depresivos. En crisis maníacas se debe trabajar con equipo en plan de crisis, interacción con el médico psiquiatra. Las pacientes en tratamiento deberán trabajar las habilidades aprendidas junto con la medicación para controlar las crisis maníacas o hipomaniacas. En algunos casos puede necesitar internación.

Objetivo de la psicoterapia en pacientes estables será la aceptación de la enfermedad. Dificultades en la adherencia a la medicación, prevención de recaídas, amplificación en el uso de habilidades en el manejo de crisis, uso del registro del cambio de ánimo, sueño, actividad, medicación. En etapa de depresión bipolar el objetivo es la mejora de la sintomatología utilizando técnicas conductuales: activación conductual y reformulación cognitiva.

Registro del estado de ánimo, historia clínica del paciente, de esta manera tenemos una visión de los episodios y evolución de la enfermedad tratando de determinar cuáles fueron los factores desencadenantes y de vulnerabilidad posibilitando aprender cómo se presenta la enfermedad en cada caso. Construir con la paciente su historia clínica para dejar asentado las medicaciones, motivos de cambio de las mismas, efectos adversos, diferentes episodios, factores que precipitan las crisis, conductas de riesgo.

Psicoterapia Familiar: Estrategia útil para resolver problemas vinculares, diferente de la Psi coeducación que se realizan en talleres para familias. En la terapia familiar se trabaja la problemática que puede ser la generadora de las conductas problema.

Permite mejorar el curso de la enfermedad y prevenir efectos adversos, que la situación puede generar en la salud mental de los familiares, es muy importante que la familia entienda la enfermedad.

Psi coeducación: Informa a las personas que padecen Trastorno Bipolar detalles de la enfermedad y su tratamiento, reconocimiento de signos de recaída, tratamiento precoz de la misma y evitar progresión del episodio. Puede ser individual o grupalmente.

Psi coeducación/ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD.

Aceptar la idea de convivir con una enfermedad crónica, adaptación a nuevos hábitos, desaprender conductas que son contraproducentes a la hora de evaluar posibles cambios que generan activación de calidad de vida saludable y esto le permita funcionalidad subjetiva.

Aprender a reconocer síntomas prodrómicos, los que aparecen antes del inicio de los episodios. Reconocerlos y tratarlos precozmente, evitar la progresión y posibles consecuencias.

Psicoterapia y Psi coeducación apuntan a la identificación y registro de los síntomas prodrómicos.

Tener en cuenta: cambios abruptos en el sueño, nivel de actividad, irritabilidad, productividad verbal, mayor intensidad en la oscilación del estado de ánimo, consumo drogas, alcohol, lo cual empeora el pronóstico de la enfermedad, llevar hábitos de vida regulares. Mantener constancia en los hábitos de vida: tiempo para realizar actividades de esparcimiento, de esta manera disminuye el estrés, actividad física, pasatiempos, salidas, dormir entre 8 y 9 hs. Por día. Hábitos alimenticios, interactuar y aceptar comentarios de allegados que podrían serles útiles a la hora de evaluar una posible recaída, tomarlo como referente, el otro puede ver lo que la paciente tal vez no perciba.

De suma importancia entrevistas de los profesionales con familiares y allegados, informar sobre el trastorno y ser parte del equipo si tuviese una recaída y deben trabajar en la misma dirección.

Bipolaridad en el posparto

En el posparto son mayores para la mujer los riesgos de presentar una descompensación psíquica grave que requiera tratamiento intrahospitalario.

El impacto de la enfermedad psiquiátrica en la madre afecta la calidad de la relación madre-hijo y el normal desarrollo psicoemocional del menor. La salud mental perinatal es una nueva disciplina que se preocupa del período comprendido desde el parto hasta los dos años de vida de la salud de la madre y del hijo, incorporando aspectos terapéuticos que guardan relación con el vínculo y la crianza de los hijos.

La psicosis posparto está estrechamente relacionada con el TAB. La psicosis puerperal ocurre aproximadamente en 1 × 1.000 partos en la población general pero en las mujeres bipolares la frecuencia es de 200 × 1.000 partos. La evidencia clínica, el curso y la genética respaldan la hipótesis de que estos episodios psicóticos son manifestaciones de un TAB desencadenados por el parto. Se calcula que dos de cada tres mujeres bipolares experimentan episodios en el posparto, siendo la depresión la fase más frecuente. La psicosis posparto se asocia al TAB más que con cualquier otra patología psiquiátrica, de tal modo que el riesgo de presentación puerperal de un TAB es siete veces mayor que el de la esquizofrenia.

Tratamiento profiláctico Es importante el seguimiento de la paciente durante el embarazo para detectar la aparición de síntomas afectivos, que son considerados como premonitorios de la aparición de un episodio afectivo en el puerperio.

BIPOLARIDAD EN LA LACTANCIA La prescripción de fármacos durante la lactancia crea controversia, porque no existen estudios controlados para evaluar los riesgos en el recién nacido. Se considera conveniente tratar el tema de la lactancia antes del embarazo o, en el peor de los casos durante los períodos eutímicos de éste. Es importante que la mujer conozca que el período de mayor riesgo en la vida para presentar una nueva fase afectiva es durante el posparto, por lo que se le sugiere no amamantar debido al beneficio de la profilaxis y el riesgo del paso de fármacos por la leche al lactante. Además es preciso considerar la historia clínica previa y la sensibilidad personal a la interrupción frecuente del ciclo vigilia-sueño que altera los ritmos cronobiológicos de la madre y puede constituirse en un factor desencadenante de severa recurrencia clínica.

MINDFULNESS EN EMBARAZADAS CON TRASTORNO BIPOLAR

El tratamiento del Trastorno Bipolar tiene dos pilares básicos, por un lado, los tratamientos psicofarmacológicos y por otra, las intervenciones psicosociales. El tratamiento farmacológico es imprescindible y su abandono constituye la primera causa de recaída. Los objetivos específicos del tratamiento son reducir la intensidad, frecuencia y consecuencias de los episodios agudos, y mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida (12).

Es necesario valorar el tipo y curso clínico como el número de episodios previos, la gravedad de estos, la polaridad, el tipo de sintomatología predominante, los antecedentes de comorbilidad, el tiempo transcurrido desde el último episodio, el grado de funcionalidad interepisódica, la conciencia de enfermedad y el grado de adherencia, y la respuesta a tratamientos anteriores (12).

Cada fase del trastorno exige una estrategia diferente de tratamiento. La baja adherencia al tratamiento es un aspecto prioritario a trabajar con el paciente. Cerca del 50% de los pacientes bipolares abandonan el tratamiento a lo largo de la enfermedad y más del 90% se lo plantean en algún momento. Su prevención y tratamiento son particularmente importantes y complicados para la mujer en edad reproductiva. (12).

Tradicionalmente, algunas observaciones clínicas han descrito que el embarazo era un factor protector, capaz de reducir el riesgo de recurrencia de enfermedades mentales graves; sin embargo, estudios recientes apuntan en sentido opuesto. Un estudio realizado por el National Institute of Mental Health (NIMH) evaluó a 139

bipolares embarazadas, de las cuales un tercio describe un episodio afectivo durante el embarazo y el 45% haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes del puerperio. Varios estudios han demostrado que en ausencia de tratamiento farmacológico, el 50-60% de las mujeres con Trastorno Bipolar recaen durante el embarazo. Así mismo, las tasas de recaída aumentan tras una suspensión abrupta de litio (Blehar et al., 2000) (13).

Por tanto, mientras que el 10-15% de las mujeres en la población general experimentan Depresión Postparto (PPD) (Howard, Boath y Henshaw 2006) 2, en mujeres con antecedentes de Trastorno Depresivo Mayor puede llegar al 50% (Di Florio et al 2012; Payne et al 2007; Wisner et al., 2001; Wisner et al. 2004) (13).

Además, el 25-50% de mujeres con Trastorno Bipolar experimentan manía postparto o psicosis y las mujeres con antecedentes de psicosis postparto tienen un riesgo del 54% de sufrir una recurrencia (Blackmore et al 2013; Jones y Craddock 2.001) (13).

La tasa de mujeres que experimentan síntomas de hipomanía en los primeros días después del parto oscila entre 9 y 19% en diferentes estudios (Webster et al., 2003), (Hasegawa 2000), (Garza et al. 2009), y en 6 semanas después del parto la tasa es de 7.9%. Hay evidencia creciente sobre peores resultados en el periodo postnatal en niños cuyas madres no han sido tratadas de su trastorno mental durante el embarazo como complicaciones obstétricas tales como mayor riesgo de parto prematuro o lactantes con bajo peso al nacer (IOM 2007; Lobel, Cannella, Graham, DeVincent, Schneider, y Meyer, 2008; Dunkel Schetter, 2011; Dunkel Schetter y Glynn, 2010; Dunkel Schetter y Lobel, 2012) u otros efectos adversos que pueden afectar en el apego (Anhalt, Telzrow & Brown, 2007). Esto es un problema de salud pública en algunos países como Estados Unidos, donde las tasas de parto prematuro y bajo peso al nacer son del 13% y 8% respectivamente (Hamilton, Hoyert, Martin, Strobino, y Guyer, 2013). Sin embargo, estas mujeres embarazadas a menudo no reciben la detección, prevención o tratamiento de problemas de estado de ánimo y el estrés (Marcus et al 2003; Flynn et al., 2006). Los estudios también han identificado problemas a largo plazo, en el desarrollo en la infancia y la adolescencia (Halligan, Murray, Martins y Cooper, 2007; Davis et al., 2004; Davis et al., 2007; DiPietro et al, 2010; DiPietro et al., 2002; Van den Bergh et al., 2005) (14).

En los últimos años, ha habido un creciente interés por el desarrollo de intervenciones psicosociales para el manejo del Trastorno Bipolar. Esto se debe a que se ha constatado que los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad, la poca adherencia terapéutica, y que la farmacología no asegura la ausencia de recaídas.

Hay diferentes intervenciones que pretenden servir de complemento al tratamiento farmacológico.

Estas son la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual, las intervenciones familiares, la terapia interpersonal y de ritmos sociales. La mayoría de intervenciones comparten los siguientes componentes: la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y el entrenamiento en resolución de problemas. Las intervenciones psicoeducativas parten de la idea de que un mayor conocimiento sobre la enfermedad favorecerá el curso de la enfermedad. Reciben entrenamiento en la detección temprana de signos de recaídas y se mejora el conocimiento de los psicofármacos, con el objetivo de reducir los abandonos. La terapia cognitivo-conductual es un método muy estructurado que se utiliza para modificar pensamientos distorsionantes mediante la identificación y la sustitución de pensamientos negativos y erróneos; exponiéndose a ellas y consiguiendo un autocontrol (Maldonado y Lartigue, 2008). La intervención familiar pretende dar apoyo a la familia, aumentando sus conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento, y entrenándoles en habilidades de afrontamiento. La terapia interpersonal y de ritmos sociales (IPSRT) trabaja la importancia del impacto que los factores psicosociales pueden tener en los ritmos sociales y circadianos, con su efecto sobre los episodios afectivos. Se plantea como una terapia individual y estructurada, centrada en las relaciones interpersonales, a través de la identificación y afrontamiento de eventos problemáticos; así como en la regularidad de ritmos en la vida diaria, con el objetivo de evitar recaídas. Se trabaja especialmente en la regulación del sueño. Las intervenciones psicoeducativas han demostrado mejorar la evolución de los pacientes, reduciendo las recaídas y por tanto, los ingresos hospitalarios (Colom F, 2004). Las investigaciones indican que la psicoeducación es eficaz no solamente por mejorar la adhesión al tratamiento farmacológico, también mejorando la calidad de vida (Colom F, 2003). Los resultados de las revisiones sistemáticas realizadas sobre la psicoterapia durante el embarazo, estiman que dejar a la madre sin atender la enfermedad mental, tiene consecuencias también para la salud y el desarrollo del feto, el niño o el adolescente. Pero las recomendaciones son limitadas. Incluyen la terapia cognitiva conductual (TCC), la psicoterapia interpersonal (IPT) y la terapia psicodinámica (NICE 2007). Sin embargo, dentro del Plan Estratégico de Salud (Mental 2010-2014, aún no se ha desarrollado un programa específico para la atención a mujeres embarazadas con trastorno mental. La escasa evidencia que existe sugiere que la relajación muscular progresiva, el yoga y la meditación pueden ser útiles para mejorar el bienestar psicológico materno y los resultados perinatales (Beddoe & Lee, 2008) 8. Durante los últimos años, la Atención Plena ha sido incorporada en muchos programas de mejora de la salud y en modelos de tratamientos psicológicos, para hacer frente a diversos trastornos mentales (Bergman et al. 2007; Dunkel Schetter 2009; Lupien et al. 2009; Otte 2011). Los resultados del estudio de Brown et al., 2007, demuestran que estas intervenciones son

eficaces para aliviar trastornos de depresión y ansiedad, así como problemas físicos. (Chiesa y Serretti, 2009 y 2011; Fjorback et al. 2011; Grossman et al. 2004; Hoffman et al. 2010; Keng et al. 2011; Khoury et al. 2013; Toneatto y Ngyuen 2007 (15).

La definición de Atención Plena, o mindfulness, es la conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella, con una actitud de compasión, independientemente de si la experiencia es agradable o desagradable. Aunque no es su objetivo, también sirve para la relajación. Las intervenciones basadas en la Atención Plena más conocidas y con apoyo empírico son la Reducción de Estrés Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Stress Reduction - MBSR) (Kabat-Zinn 1990), la Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena (Mindfulness Based Cognitive Therapy - MBCT) (Segal, Williams, y Teasdale, 2002), la Terapia Conductual Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy - DBT) (Lineham 1993) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy -ACT) (Hayes et al., 2004). El trabajo pionero que investiga el uso de MBSR, se llevó a cabo en los Estados Unidos por Kabat-Zinn en el 1990, donde demostró numerosos beneficios para la salud. Se ha utilizado para condiciones como enfermedad crónica, dolor crónico, cáncer, enfermedad mental, adicción al tabaco, así como ansiedad y depresión durante el embarazo. La MBCT para la prevención de recaídas en la depresión ha sido desarrollada por un grupo de investigadores agrupados en torno a J. Teasdale. Con este objetivo, se ha combinado el programa MBSR, con principios de terapia cognitiva clásica. La idea es trabajar en la “desautomatización” de la mente, para que el paciente sea capaz de reconocer el estado y dejarlo pasar si vuelve a aparecer. Se realizaron 12 estudios en los EE.UU., Australia y Nueva Zelanda de intervenciones basadas en mindfulness, donde se incluye el programa de educación para el parto basada en Mindfulness (Mindfulness-Based Childbirth Education, MBCE), el programa de parto y crianza de los hijos para padres basado en Mindfulness (Mindfulness-Based and Parenting, MBCP), de la terapia cognitiva basada en mindfulness con un enfoque en la depresión perinatal (mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive, MBCT-PD) y otros con nombres propios como CALM o MindBabyBody. El MBCP fue desarrollado por Nancy Bardacke et al. en 1998 como una adaptación del MBSR, con el fin de reducir el estrés relacionado el embarazo, el parto y la crianza temprana a través de prácticas de meditación de atención plena. Los resultados son estadísticamente significativas entre las poblaciones generales, pero no se ha estudiado en mujeres con antecedentes psiquiátricos. El MBCT-PD incluye adaptaciones para la depresión perinatal, centrándose en breves prácticas informales de mindfulness y de yoga (16).

Las tasas de recaídas son de un 18%, frente al 30% en las que no se favorecieron de esta intervención (Goodman y Tully 2009). Más de dos tercios de las mujeres

describieron un aumento en el conocimiento de los factores desencadenantes, en la capacidad de tener la habilidad de afrontamiento y la capacidad de salir del estado de depresión (14).

Así, atención plena o mindfulness, se desarrollan habilidades muy importantes para trabajar con las mujeres embarazadas como la aceptación de los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales, la tolerancia al estrés, la reducción de la reactividad y la evitación de experiencias incómodas (15).

Las participantes aprenden las prácticas formales de atención plena (meditación sentada y caminando, exploración del cuerpo, y estiramientos de yoga), prácticas de mindfulness informales (la atención plena en actividades de día y la respiración consciente), y habilidades cognitivo conductuales (seguimiento de eventos agradables y desagradables, pensamientos y creencias que identifican y su relación con la emoción, la identificación de los signos de recaída, y el desarrollo de un plan de acción) (17) (18).

En esta intervención nos centraremos en el manejo del estrés y la ansiedad, así como en las habilidades para un mejor afrontamiento de la maternidad. Pero también se trabajará la detección precoz de nuevos episodios y mantener la regularidad en los hábitos. El programa se puede estructurar en tres partes: el autodescubrimiento, la creación de la felicidad y el desarrollo de habilidades para la vida diaria. La primera parte está destinada a fomentar la autoconciencia y la conciencia del propio cuerpo. La segunda parte alienta el cultivo de la empatía, la compasión y la gratitud. La tercera parte tiene como objetivo motivar a los participantes a comprometerse con una práctica regular para el futuro (16).

Teniendo en cuenta el embarazo, se hicieron una serie de adaptaciones como por ejemplo, la inclusión de la conciencia del feto en desarrollo y el vientre durante la meditación del cuerpo; la atención en relación con el dolor o problemas del sueño durante el embarazo, la ansiedad sobre el trabajo, o hacer frente a una difícil crianza; y una mayor inclusión de la marcha y formas de movimiento consciente adaptado a las mujeres embarazadas. También se añadió la psicoeducación sobre la depresión perinatal y la transición a la paternidad (16).

La Terapia Conductual Dialéctica (DBT) ha sido creada para tratar el trastorno límite de personalidad. Lineham (1993) 12 ha desarrollado una intervención que se encuadra en la tradicional terapia cognitivo-conductual. Incluye un seguimiento individual, más el aprendizaje en grupo sobre habilidades de toma de conciencia, de tolerancia al estrés, de regulación emocional y de eficacia interpersonal. La Terapia de Aceptación y

Compromiso (ACT) es el vehículo por medio del cual la Atención Plena ha entrado en la Terapia de Conducta. Está orientada hacia la aceptación y el cambio de conducta (19).

CONCLUSION

Tratar a la mujer con TB durante el embarazo es un desafío dentro de la práctica psiquiátrica. Muchos estudios muestran rangos de alta recurrencia durante el embarazo; Siendo el posparto un periodo conocido de alta vulnerabilidad para la mujer con TB.

Una gran cantidad de mujeres que sufren recaídas posparto frecuentemente estuvieron sintomáticas en el embarazo.

La mayoría de los estudios observacionales dieron su apoyo para continuar con el tratamiento con estabilizadores del ánimo durante el embarazo, para prevenir recaídas durante el mismo y en el posparto con el objetivo de proteger a la madre y su hijo de las consecuencias de la enfermedad no tratada o tratada inadecuadamente.

Las limitaciones de la monoterapia en el TB son conocidas, pero se recomienda en el embarazo, en la medida de lo posible, para minimizar los riesgos.

Las decisiones con respecto al uso de los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos atípicos en el embarazo debe ser conceptualizado como un balance de los riesgos/beneficios de, continuar o discontinuar la medicación y buscando la alternativa de tratamiento más segura y las potenciales consecuencias de no tratar la enfermedad.

El control estricto durante el embarazo, el trabajo en equipo y una comunicación fluida con la paciente y su familia, en mujeres con TB es esencial; ya que este debe ser considerado un embarazo de alto riesgo.

La planificación de un embarazo cuando la paciente este eutimica y clínicamente estable por un tiempo prolongado, permite la realización de tratamientos más seguros a diferencia de un embarazo no planificado, que puede precipitar cambios en la medicación, que puedan poner en riesgo el embarazo y la estabilidad del TB.

Se ha relacionado consistentemente al valproato con malformaciones congénitas, efectos adversos neonatales y alteraciones en el neurodesarrollo con la exposición intrauterino, sobre todo si el mismo es utilizado en combinación con otros anticonvulsivantes y a dosis elevadas.

El rango de malformaciones específicas con valproato es mucho mayor que con Litio que, se asoció con escasa incidencia de defectos cardiacos incluyendo la anomalía de Ebstein. Se han asociado también malformaciones congénitas específicas con Carbamazepina y sustancialmente menor con lamotrigina que presenta prácticamente una incidencia similar al de la población general. Se ha obtenido escasa evidencia de riesgo incrementado de efectos en el neurodesarrollo con Carbamazepina, litio y

lamotrigina aunque son necesarios estudios adicionales focalizados en el riesgo de exposición intrauterino en mujeres con TB.

Es necesario el monitoreo estricto de los niveles de los estabilizadores del ánimo debido a las concentraciones significativamente fluctuantes durante el embarazo y el posparto temprano.

Los antipsicóticos atípicos son utilizados cada vez con mayor frecuencia para el tratamiento del TB; pero no han sido estudiados hasta el momento adecuadamente en el embarazo; sin embargo es para muchos una alternativa posible para el tratamiento del TB en esta etapa. El haloperidol sigue siendo una alternativa de preferencia en la mujer embarazada con manía aguda, dado que los datos disponibles son tranquilizadores en relación a su seguridad reproductiva. Sin embargo el uso de neurolepticos típicos pueden en el TB empeorar síntomas depresivos y están asociados, con mayor riesgo de extrapiramidalismo en neonatos y de disquinesias tardías.

El litio y la lamotrigina son entonces las opciones más seguras dentro de los estabilizadores del ánimo.

El uso de la TEC en el embarazo puede ser utilizada para síntomas severos o refractarios.

La psicoterapia constituye un recurso imprescindible en el tratamiento de estas pacientes. La acción de la psicoeducación parece ir más allá de la mejora del cumplimiento y puede respaldar un modelo compuesto por regularidad en el estilo de vida y hábitos saludables, detección temprana de signos prodrómicos seguida de una pronta intervención farmacológica y finalmente cumplimiento del tratamiento.

El empleo de mindfulness en pacientes embarazadas con trastorno bipolar es un buen ejemplo de tratamiento complementario para intervenir conjuntamente con el tratamiento farmacológico y ayuda a mantenerse en momento presente, con atención plena y adherencia a todo el tratamiento que acompaña a este periodo de la mujer en el que tan vulnerable se siente y ayuda a prevenir y sostener el periodo eutímico del trastorno afectivo.

Bibliografía

1. Ketter, Terence. Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders. 2010.
2. Ketter, Terence. Avances en el tratamiento de los trastornos bipolares. American Psychiatric Association. Arlington, 2015.
3. Boden, Robert et al. Risks of adverse pregnancy and birth outcomes in women treated or not treated with mood stabilizers for bipolar disorder: population based cohort study. BMJ 2012: 345
4. Galbally, Megan et al. Psychopharmacology and pregnancy: treatment efficacy, risks and guidelines. Springer. 2014.
5. Wikinski, S.; Jufe, G. el tratamiento farmacológico en psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. 1ª ed. Buenos Aires. Medica Panamericana. 2004
6. Epstein, Richard A. et al. Treatment of bipolar disorders during pregnancy: maternal and fetal safety and challenges. Drug, Healthcare and Patient Safety, 2015, p. 77
7. Clark, Crystal T et al. Lamotrigine dosing for pregnant patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 170:11, November 2013
8. Viguera, Adele C. et al. Managing bipolar disorder during pregnancy: weighing the risks and benefits. Can J Psychiatry, vol 47, n 5, June 2002
9. Wesseloo, Richard et al. Risk of postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 173:2, February 2016
10. Marengo, Eliana. Embarazo en mujeres afectadas por trastornos bipolares: conceptos para el manejo clínico-terapéutico. En: Vertex Rev Arg de Psiquiatria 2014, vol. XXV: 357-362
11. Driscoll, Kara E. et al. Mood symptoms in pregnant and postpartum women with bipolar disorder: a naturalistic study. Bipolar Disorder 2017;19::295-304
12. Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sanidad 2012
13. Gaviria S.L, Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. Rev Chil Neuro-psiquiat 2008
14. Dimidjian S, Goodman S, Felder J, Gallop R, Brown A, Beck A. An open trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. Arch Women's Mental Health 2014

15. Duncan L, Bardacke N. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period. *Journal of Child and Family Studies* 2010
16. Goodman JH, A Guarino K, Chenausky L, Klein J, Prager R, Petersen. et al. CALM pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health* 2014
17. Guardino C, Dunkel Schetter C, Bower J, Lu M, Smalley S. Randomized Controlled Pilot Trial of Mindfulness Training for Stress Reduction during Pregnancy. *Psychology & health* 2014
18. Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown S. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014
19. Stefan G. Hofmann, Alice T. Sawyer, Ashley A. Witt, and Diana Oh. *The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: MetaAnalytic Review*. Boston University 2010

