


PSICOSIS POSTPARTO (Postpartum psychosis)



¹ Dr. Carlos Fonseca Villanea

¹Essity - A Leading Hygiene and Health Company, San José, Costa Rica

carlosfonsvilla@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5719-3531>

DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v3i8.134>

RESUMEN

Se exhibió una revisión sobre la presentación clínica para el diagnóstico de psicosis postparto. Inicialmente se aclaran definiciones de conceptos básicos sobre trastornos de este espectro psiquiátrico. Asimismo, se habla acerca de las posibilidades de diagnóstico de psicosis. Finalmente, se explican los diferentes esquemas terapéuticos que pueden ser utilizados en estos cuadros clínicos.

PALABRAS CLAVE: Delirio, alucinación, síntomas negativos, discurso desorganizado, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión psicótica, postparto.

ABSTRACT

A review of the clinical presentation for diagnosis of postpartum psychosis is presented. Initially definitions some basic concepts of psychiatric disorders in this spectrum are clarified. Also, clinical signs applicable to the diagnosis psychosis speech are explained. Finally, different therapeutic regimens that can be used in these clinical pictures are explained.

KEY WORDS: Delirium, hallucination, negative symptoms, disorganized speech, bipolar disorder, schizoaffective disorder, psychotic depression.

¹Médico general, graduado de Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED).
Médico en Essity -A Leading Hygiene and Health Company, San José, Costa Rica.
Código médico: 13929.
carlosfonsvilla@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las mujeres postparto son más susceptibles a desarrollar algún trastorno psiquiátrico, puede alcanzar una incidencia entre 50-70% de las mujeres en dicho periodo. Entre los cuales

destacan la depresión post parto (8-20%) y la psicosis postparto (0.14-0.26%).

Esta última viene siendo de aun mayor significado ya que las mujeres bajo esta condición tienen mayor riesgo tanto de suicidio como infanticidio. Por lo que este

cuadro se debe de manejar de forma temprana.

Es fundamental el concepto de buena salud perinatal para prevenir los trastornos psíquicos puberales; que integra las buenas relaciones sociales, psicológicas, ambientales y biológicas. Es de suma importancia para detección temprana agendar la cita postparto antes de las seis semanas en mujeres que reflejen síntomas depresivos o psicóticos en el postparto inmediato, quienes cursan con una depresión de base, o presenten historia de depresión o psicosis postparto previa.

El manejo principal debe incluir una hospitalización temprana para asegurar el bienestar de la paciente y el neonato; además de medicamentos antipsicóticos y terapia de cualquier trastorno subyacente.

CONCEPTOS RELEVANTES

Se debe entender como:

1. PERIODO POSTPARTO

La etapa que se extiende desde expulsión placentaria hasta un periodo de seis a doce semanas, en dicha etapa ocurren múltiples cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos. Algunos dividen el periodo postparto por etapas:

- *Puerperio inmediato*: engloba los cambios ocurridos en las primeras veinticuatro horas posteriores al alumbramiento.
- *Puerperio mediato*: se amplía hasta la semana postparto
- *Puerperio remoto*: incluye el periodo de tiempo que se toma para la

involución de los órganos pélvicos y retorno de la menstruación.

2. DELIRIO

Es un concepto psiquiátrico definido por cinco características principales: La alteración de la atención y/o concentración, dicha alteración debe ocurrir en un periodo corto de tiempo y representa un cambio del estado normal que tiene a fluctuar durante el día. Alteraciones cognitivas (desorientación, memoria, percepción) no puede ser explicado por otro trastorno mental y tampoco hay evidencia en historia clínica, examen físico o laboratorios de que trastorno sea explicado mejor por una enfermedad subyacente ni asociada con uso de abstinencia de sustancias o medicamentos.

3. ALUCINACIÓN

Se define como experiencias sensoriales, vigilia de contenido que no está realmente presente. Se diferencian de las ilusiones, que son distorsiones o malas interpretaciones de los estímulos sensoriales reales.

Mientras que las alucinaciones pueden ocurrir en cualquiera de las cinco modalidades sensoriales, alucinaciones auditivas (por ejemplo, escuchar voces) son los más comunes, seguidos por los visuales, táctiles, olfativas, gustativas y alucinaciones. Además, de los anteriores los síntomas negativos son característicos de la psicosis postparto, estos se conceptualizan como una ausencia o disminución de los procesos normales, pueden incluir expresividad disminuida, apatía, afectará plana, y una falta de energía.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La psicosis postparto suele presentarse luego de dos semanas del nacimiento, siendo delirios y alucinaciones junto con pensamiento desorganizado los síntomas pivotes que caracterizan el cuadro. Durante este trastorno también se pueden presentar otras alteraciones del estado de ánimo entre los se encuentran: ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora y dificultad para conciliar el sueño no asociado al recién nacido. Existen otros trastornos psiquiátricos que con frecuencia se relaciona a la psicosis postparto.

La psicosis posparto puede presentarse como un estado maníaco, depresivo o mixto entre los pacientes con trastorno bipolar. Las mujeres con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recidiva en el embarazo y después del parto, que puede presentarse como psicosis posparto. Las mujeres que dejan los medicamentos estabilizadores del ánimo antes o durante el embarazo pueden tener un mayor riesgo de psicosis posparto. Para las mujeres sin historia previa, un episodio psicótico después del parto puede ser la primera manifestación de un trastorno bipolar.

La psicosis posparto también se presenta con episodios maníacos, depresivos o mixtos en el trastorno esquizoafectivo. La característica distintiva de esta enfermedad, en comparación con el trastorno bipolar, es la historia o subsiguiente desarrollo de la psicosis crónica sin síntomas de estado de ánimo. Esta condición se presenta varios meses después del parto. Las características psicóticas se producen en relación con los síntomas depresivos

graves. La psicosis a menudo adopta la forma de delirios paranoides de persecución. Ni las alucinaciones ni la agitación son comunes. La depresión psicótica es a menudo precedida por la depresión posparto no tratada desde hace mucho tiempo. Clínicamente, se denomina a continuación como "inicio tardío psicosis posparto".

DIAGNÓSTICO

El DSM-5 no clasifica psicosis postparto como una entidad separada, sino que la utiliza como especificador de otro grupo de trastornos psiquiátricos como son el trastorno bipolar, depresión psicótica, y trastorno esquizoafectivo; utilizándolos como "con aparición postparto" siempre que inicie en las primeras cuatro semanas postparto.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los síntomas psicóticos pueden estar asociados con una amplia variedad de enfermedades psiquiátricas y médicas. Las características clínicas de la psicosis no son patognomónicas de diagnósticos concretos, pero pueden proporcionar evidencia sugerente de que la causa sea psiquiátricas frente etiología médica.

Entre las características que ayudan al clínico en determinar si está asociado con trastornos psiquiátricos primarios (psicóticos) se encuentran:

- Existencia de historia familiar, que tenga un inicio insidioso
- Inicio entre la adolescencia antes de los treinta años
- Presentación variable y alucinaciones auditivas.

Por otro lado, existen características que pueden ser útiles para determinar que su etiología se asocie a una condición médica primaria:

- Inicio agudo
- Inicio a los cuarenta años o más, presentes en la configuración general de la atención médica o intensivos
- Presencia de alucinaciones no auditivas (ej. visuales, táctiles, olfativas).

Cada caso debe ser evaluado a fondo; posibles causas de la psicosis no deben ser excluidos en virtud de estas características por sí solas.

Una historia clínica, examen físico, examen del estado mental, y las pruebas adicionales como se indica puede ayudar a reducir el diferencial, descartar las psicosis con causas subyacentes tratables, y guiar la intervención o derivación apropiada.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Inicialmente se deben excluir otras causas de trastornos psicóticos e iniciar el respectivo abordaje en el caso de presentar una condición subyacente.

A. MANEJO AGUDO

Es de suma importancia que la paciente sea hospitalizada principalmente para garantizar la seguridad tanto de ella como del recién nacido. La madre no debe ser dejada con neonato sola, por lo que se recomienda que toda interacción sea llevada bajo estricta supervisión inclusive en horas de lactancia.

B. FARMACOTERAPIA

La siguiente prioridad debe de ser tratar las diferentes manifestaciones clínicas que se presenten ya sean delirios, alucinaciones, comportamiento desorganizado o insomnio.

Es importante establecer que la lactancia materna no es ninguna contraindicación para iniciar tratamiento con antipsicóticos, sin embargo, se debe determinar el riesgo beneficio de iniciar esta clase de fármaco, puesto que pueden secretar por medio de la leche materna, por lo que a pesar de que se ha demostrado que estos niveles son clínicamente insignificantes para el neonato, se deben utilizar con cautela.

• ANTIPSICÓTICOS

Son la clase de fármaco de primera línea para psicosis y agitación en caso de psicosis postparto. Se ha demostrado que el riesgo de efectos adversos es comparable con casos de psicosis no puerperal.

Se prefiere el uso de antipsicóticos atípicos por sus propiedades estabilizadoras del estado de ánimo y su bajo riesgo de síntomas extrapiramidales y discinesia tardía. Se prefieren Olanzapina, Quetiapina y Risperidona antes que otros fármacos de la misma clase debido a que con estos hay mayor experiencia clínica en embarazo y lactancia.

A su vez se recomienda una adecuada monitorización de niveles de glicemia, perfil lipídico y aumento de peso, efectos adversos típicos tras el uso de estos fármacos. Se debe buscar la remisión

clínica y se recomienda prolongar tratamiento hasta por un año para reducir recaídas y se debe considerar profilaxis de por vida antes la posible recaída sin medicación según valoración de factores de riesgo principalmente debido a ideación suicida.

• OTROS MEDICAMENTOS PSICÓTICOS

Aunque no han sido evaluados en ensayos controlados en psicosis posparto, son : benzodiazepinas como lorazepam y el clonazepam se han encontrado para ser complementos eficaces a los antipsicóticos para inducir el sueño o el control de la agitación en otros trastornos psicóticos. La intervención temprana para promover el sueño en la psicosis posparto puede evitar o atenuar el episodio psicótico.

Otros medicamentos psicotrópicos, tales como estabilizadores del ánimo y antidepresivos, se escogen según la diagnosis primaria del paciente (por ejemplo, la manía bipolar y la depresión bipolar, depresión unipolar, o trastorno esquizoafectivo).

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Respecto a la lactancia materna se establece que solo pacientes con cuadros leves o moderados se les

autorice la misma. Algunas pacientes pueden condicionar la adherencia terapéutica si se les permite realizar lactancia materna. Pacientes que han presentado cuadros de psicosis postparto que han descontinuado terapia estabilizadora del estado de ánimo están ante un alto riesgo de reincidencia por lo que deben de llevar una estricta vigilancia por el personal de salud a cargo posterior al egreso de centros hospitalarios.

CONCLUSIÓN

El pronóstico es generalmente favorable, con una curación del 70 a 80% de los casos. Los estudios de larga duración indican que de un 10% a un 15% de la psicosis postparto evolucionan a una esquizofrenia crónica.

La psicosis postparto requiere un reconocimiento temprano, con un manejo pluridisciplinario. Se tiene que tener claro que la psicosis puerperal es una urgencia psiquiátrica, pues compromete el pronóstico de madre-hijo, por el riesgo de agresión que presenta el trastorno. Actualmente, se está desarrollando el concepto de psiquiatría perinatal que tiene como objetivo ayudar a las madres a prevenir lo más precozmente posible las alteraciones psiquiátricas posteriores al parto y garantizar un buen desarrollo mental del neonato.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeCherney, A. (2013). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11a edición, pág. 190213, México DF. Mc Graw Hill.

2. Gabbe, S. et al. (2012). *Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies*. VI edición, Philadelphia: Saunders.
3. DeCherney, A. (2013). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11a edición, pág. 190213, México DF. Mc Graw Hill.
4. Gabbe, S. et al. (2012). *Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies*. VI edición, Philadelphia: Saunders.
5. J. Heron (2008). Early Postpartum symptoms in Puerperal Psychosis. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. London, UK.
6. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual*, 5th ed, APA Press, Washington, DC 2013.
7. Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK. *Arch Womens Ment Health*. 2010 Feb. Postpartum depression: a disorder in search of a definition. Page 37-40.
8. Sadock, B, Sadock, V. & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatria*. 11 edición. WoltersKluwer.

Recepción: 5 mayo de 2018

Aprobación: 10 julio de 2018