

Psicosis

Puerperal

INTRODUCCIÓN

El término de psicosis puerperal apareció por primera vez en Fürstner en 1875. Comprendía el 14 % de los ingresos femeninos en clínicas psiquiátricas. En la actualidad la cifra oscila entre el 2 y el 3 %.

La gestación y el postparto representan dos etapas de importantes cambios en la mujer tanto a nivel biológico como psicosocial. Durante el embarazo los trastornos psicóticos son raros, más frecuente es que se presenten modificaciones caracteriológicas y síntomas neuróticos leves que forman parte de las conductas culturalmente aceptadas en la embarazada (antojos).

El parto, sin embargo, puede ser motivo de que ocurran situaciones vivenciales anómalas, sobre todo cuando en la vivencia del parto se impone el temor sobre el deseo de maternidad. El parto implica un enorme cambio endocrino en el organismo de la mujer: concluye bruscamente la producción de hormonas placentarias, desaparece completamente en pocas horas la acumulación de estrógenos y se esfuma en dos o tres días el pregnadiol de la orina.

A diferencia de otros momentos de la vida genital femenina que están ocupados en todo caso por alteraciones psíquicas leves como ligeras depresiones y psicosis endocrinos, el puerperio se acompaña con frecuencia de grandes cuadros psicóticos.

CONCEPTO

La psicosis puerperal dentro de la categoría del DSM-IV es un trastorno psicótico no especificado. Se observa en mujeres que acaban de tener un hijo y es un síndrome caracterizado por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañarse a sí misma y al niño en el periodo puerperal. Los límites del puerperio tienen, en psiquiatría, una amplitud algo mayor de lo implicado en el concepto biológico y ginecológico del puerperio, éste comprendería el plazo de seis meses a partir del parto.

Se considera como el trastorno postparto más grave, encontrando también la llamada depresión postparto y lo que Kumar describe como melancolía postparto.

Las mujeres que han presentado un episodio de psicosis postparto tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno bipolar posterior, por lo que se piensa que este tipo de psicosis podría ser una subcategoría del trastorno bipolar.

EPIDEMIOLOGÍA

– La incidencia es de 1–2 casos por cada 1000 nacimientos.

- El 50–60 % de mujeres afectadas acaban de tener su primer hijo.
- Si la madre es primeriza y presenta una historia familiar anterior de trastorno bipolar el riesgo de padecer psicosis postparto aumenta.
- El 50 % de los casos implican partos asociados con complicaciones perinatales no psiquiátricas.
- El 50 % de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares de trastornos afectivos.
- La presencia de un trastorno bipolar en la paciente y episodios psicóticos postparto anteriores aumenta el riesgo de padecer psicosis postparto hasta en un 50 %.

- Aunque es un trastorno eminentemente femenino, en ocasiones puede afectar también al padre, que se siente desplazado y compite con su hijo por el amor y atención de la madre.

ETIOLOGÍA

Algunas psicosis postparto pueden ser el resultado de alteraciones orgánicas o enfermedades médicas asociadas a sucesos perinatales como tiroiditis postparto u otro tipo de infecciones, síndrome de Sheehan, trastornos autoinmunes relacionados con el embarazo, infección relacionada con el VIH, estados de abstinencia, tumoración intracraneal, intoxicación por sustancias, como pueden ser la meperidina o la escopolamina, toxemia y pérdidas hemorrágicas; también podría deberse a causas hormonales: el descenso brusco tras el parto de las hormonas estrógenos y progesterona podría ser una causa, de modo que el parto sería un proceso estresante que, a través de un mecanismo hormonal produce el desarrollo de un episodio mayor de un trastorno del estado de ánimo. En cualquier caso el tratamiento con estrógenos y progesterona no ha sido efectivo.

Algunos investigadores sostienen que el motivo por el que se produce este trastorno es puramente psicosocial, debido a la preponderancia de madres primíparas y a la asociación entre las psicosis postparto y factores estresantes recientes. Los estudios psicodinámicos de las enfermedades mentales tras el parto también han sugerido la presencia de sentimientos de conflicto en la madre en relación a su experiencia con la maternidad. Algunas mujeres podrían desear no haber quedado embarazadas, otras pueden sentirse atrapadas en matrimonios infelices debido a su maternidad, etc. El desacuerdo marital durante el embarazo se ha asociado a una mayor incidencia de la enfermedad, aunque el desacuerdo puede estar relacionado con el lento desarrollo de síntomas afectivos en la madre.

DIAGNÓSTICO

El DSM-IV no contiene criterios diagnósticos específicos para este trastorno. El diagnóstico puede hacerse cuando la psicosis ocurre en estrecha relación temporal con el nacimiento del niño.

Los síntomas característicos son ideas delirantes, déficits cognoscitivos, alteraciones motoras, alteraciones del estado de ánimo y, de forma ocasional, alucinaciones.

El contenido del material psicótico hace referencia al embarazo y la maternidad.

El DSM-IV también permite realizar el diagnóstico de trastorno psicótico breve y trastorno del estado de ánimo de inicio en el postparto.

Las especiales dificultades diagnósticas suscitadas por las psicosis puerperales se derivan de particularidades etiológicas y sintomatológicas: en tanto que en la etiología de las psicosis endógenas que aparecen en el puerperio cooperan muchas veces los factores somatógenos, en la etiología de las psicosis somatógenas interviene a menudo un factor disposicional. En la sintomatología suele haber elementos cruzados: en las psicosis endógenas abundan la obnubilación de la consciencia y en las psicosis somatógenas son muy frecuentes los elementos catatónicos.

Las psicosis sintomáticas más frecuentes tienen una etiología infecciosa (casi siempre una fiebre puerperal o una mastitis).

Las psicosis puerperales toxiinfecciosas no se distinguen en nada de las que sobrevienen en el transcurso de infecciones ajenas al puerperio. Su representación más frecuente corresponde al delirio agudo.

El diagnóstico etiológico resulta especialmente difícil en las psicosis puerperales endocrinas; la remisión de estas psicosis acontece cuando las menstruaciones aparecen, pero fácilmente pueden confundirse las

metrorragias funcionales con menstruaciones, por ello resulta necesario recurrir a la biopsia de endometrio como base diagnóstica más segura.

CLÍNICA

Se ha discutido mucho acerca de si esta patología tiene o no entidad clínica, ya que la misma sintomatología que pueda aparecer aquí, aparece también en otros cuadros, y de hecho, durante mucho tiempo se excluyó de los manuales diagnósticos. Sin embargo, en 1985, Campbell y Winokur expusieron tres motivos por los cuales, la alteración psicológica postparto debía constituir una categoría diagnóstica a parte.

- En primer lugar, la investigación de estos desórdenes se veía dificultada al no existir trabajos al respecto.
- Consideran precipitado asumir que sucesos los biológicos que rodean al parto no sean factores predisponentes de una enfermedad psicológica del puerperio.
- Mantener esta categoría diagnóstica ayuda a mejorar la comprensión de las alteraciones afectivas que se producen y reduce la variedad de estas.

A principios de los años 80 se llevaron a cabo estudios que situaron la psicosis postparto en el marco de alteraciones afectivas.

Pueden aparecer de forma intermitente los principales síntomas esquizofrénicos, lo cual sería suficiente para catalogar esta dolencia como alteración esquizo-afectiva. Brockington y cols sugirieron la presencia de perplejidad, confusión de origen no orgánico y aturdimiento como signo patognomónico de psicosis puerperal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Este, debería establecerse entre las variables ya mencionadas de la enfermedad postnatal: melancolía, depresión y psicosis postparto. La dificultad estriba, al igual que en el resto de la psiquiatría en diferenciar una depresión psicótica de una que no lo sea, y la depresión endógena de la reactiva.

Aunque el cuadro psicótico suele aparecer en las 2 ó 3 semanas siguientes al parto, sigue siendo difícil catalogar casos individuales. Por este motivo, la validez de los criterios de clasificación debe ser contrastada con la etiología y origen de cada enfermedad concreta.

TRATAMIENTO

Los casos en que esta enfermedad se presenta, se pueden considerar urgencias tanto desde el punto de vista médico como psiquiátrico, lo que hace necesario el ingreso. En estos casos, es frecuente, que junto con la madre sea ingresado el hijo.

La estancia media hospitalaria de estos pacientes es de 8 días, y su tratamiento incluye psicofármacos y terapias de electroshock, las cuales son consideradas por algunos expertos como el tratamiento de elección, menguando la enfermedad y disminuyendo las interferencias con la lactancia, sin embargo, no hay evidencias clínicas de que este tratamiento sea mejor que el farmacológico

Dalton (1980) relacionó las enfermedades mentales del postparto con síntomas premenstruales, lo que le llevó a deducir que una terapia con estrógenos podría prevenir ambos problemas de salud.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Valoración

Es de vital importancia la entrevista con la paciente – si esta es posible – y la familia, de cara a obtener la mayor cantidad de información posible acerca de la situación concreta de la paciente. En la valoración también debe incluirse una historia social, comportamental, además de la biológica y la puramente psicológica. Durante la crisis, deberemos estar atentos también a variables fisiológicas como diámetro pupilar, diaforesis y alteraciones de la marcha.

Plan de cuidados

Las necesidades se cubrirán siguiendo el modelo de Maslow, empezando por las más básicas (físicas).

Seguridad valorar el potencial de violencia tanto hacia sí misma como hacia los demás. Eliminar los objetos potencialmente lesivos, poner límite a los episodios de violencia y si es necesario, utilizar medios mecánicos de contención.

Reducir la ansiedad de la paciente para ello es necesario establecer una relación de confianza, intentando orientarlo y promocionar su contacto con la realidad mediante mensajes simples estáis en un hospital...

Limitar los comportamientos inaceptables puede ser útil ofrecer otras alternativas de comportamiento.

Enseñar a la paciente mecanismos de enfrentamiento y adaptación más eficaces y a afrontar sus sentimientos esto depende de la confianza que tenga la paciente con la enfermera.

Se deberá evaluar de forma constante a la paciente, de modo que se pueda ir modificando el plan de cuidados según convenga.

BIBLIOGRAFÍA

- BOBES GARCÍA, J. et al. Salud mental: enfermería psiquiátrica. Editorial Síntesis. 1994. Madrid.
- DEMERS, L. M., McGUIRE, J.L. et al. Premenstrual, postpartum and menopausal mood disorders. Urban & Schwarzenberg. 1989. Harrisonburg.
- FREEDMAN, A.M. et al. Tratado de psiquiatría. Salvat ed. S.A. 1982. Barcelona.
- HALES, R., YUDOFKY, S. Y TALBOTT, J. DSM-IV. Tratado de psiquiatría. Masson. 2000. Barcelona.
- HENRI, E. Et al. Tratado de psiquiatría. Masson S.A. 1975. Barcelona.
- KAPLAN, H. Y SADOCK, B. Tratado de psiquiatría. Ediciones científicas y técnicas S.A. 1992. Barcelona.
- VALLEJO, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Salvat ed. S.A. 1998. Barcelona.
- VIDAL, G. Y ALARCÓN, R. Psiquiatría. Panamericana. 1986. Buenos Aires.