

Multimed 2018; 22(6)

NOVIEMBRE-DICIEMBRE

CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS MANUEL DE CÉSPEDES

Psicosis puerperal en adulta joven

Puerperal psychosis in young adult

Esp. Psiq. Yordany Arias Molina, ^I Esp. Psiq. Niurka Proenza, ^I Esp. Psiq. Carmen Sagué Larrea, ^I Esp. MGI/Hig. Epidemiol. Yuleimy Cabrera Hernández, ^{II} MsC. Long. Satisf. Sheila Virgen Pons Delgado, ^{III} MsC. Med. Bioenerg. Ana Celeste Cedeño. ^{IV}

^I Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Docente Joel Benítez Borges. Cauto Cristo. Granma, Cuba.

^{III} Policlínico Docente Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{IV} Policlínico Docente 13 de Marzo. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una adulta joven de 23 años de edad con antecedentes de salud física aparente y sin antecedentes de trastorno mental previo, que se ingresó en el Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes del municipio Bayamo, en el servicio de Psiquiatría, por psicosis puerperal después de 8 días de cesareada, que requirió el uso de psicofármacos. Los complementarios realizados, así como las pruebas imagenológicas fueron normales; el tratamiento consistió en antipsicóticos del tipo fenotiacinas, correctores de reacciones extrapiramidales y medidas generales.

Palabras clave: trastornos psicóticos, trastornos puerperales, depresión posparto antipsicóticos.

ABSTRACT

We describe the clinical case of a 23-year-old young adult with a history of apparent physical health and no previous history of mental disorder, who was admitted in the psychiatric service at the General University Hospital Carlos Manuel de Céspedes in Bayamo municipality, for puerperal psychosis after 8 days of caesarean section, which required the use of psychotropic drugs. Complementary tests and imaging tests were normal and the treatment consisted of phenothiazine antipsychotics, extrapyramidal reactions correctors and general measures.

Key words: psychotic disorders, puerperal disorders, postpartum depression, antipsychotic agents.

INTRODUCCIÓN

Las primeras observaciones registradas de mujeres que presentaron trastornos psíquicos en el puerperio se remonta al 400 a.C., cuando Hipócrates describió varios casos de mujeres que días después de haber dado a luz fueron invadidas por una fiebre intensa, delirios, alucinaciones, dolores e insomnio. ¹

Para Hipócrates, el delirio se explicaba por un desvío al cerebro de los loquios. Los sangrados vaginales eran frecuentes indicadores de un desequilibrio en los fluidos que podía causar incluso la muerte de las mujeres. A pesar de este antecedente histórico, no es sino hasta mediados del siglo XIX que la alienación mental y la experiencia de la maternidad se reúnen bajo la terminología de "locura puerperal". Este particular trastorno psíquico acaparó la atención de los alienistas en Francia y un poco más tarde en el Reino Unido. ¹

Se observan indicios de este interés en 1819, época en la que Esquirol redactó un artículo fundador de la clínica psiquiátrica perinatal, "*De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et nourrices*", publicado en el primer tomo de su libro *Des maladies mentales*. ¹

Durante el embarazo y el puerperio se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad en la mujer para la aparición de trastornos psíquicos. ²

Cerca del 80 % de las mujeres sufre algún tipo de alteración durante estas etapas, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto, síntomas como la angustia y la dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como inclinaciones suicidas. ²

El Manual de Diagnóstico y Estadística-2 (DSM-II) de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1968 propone el término de *psicosis post-parto* y a partir de 1980 el DSM-III y el DSM-IV las describen como *psicosis afectivas del puerperio*. Es a partir de 1982, que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), en el capítulo de Trastornos del comportamiento asociados con disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, incluye la categoría F-53 como Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados al Puerperio. ³

En el año 2008 el Glosario Cubano-3 (GC-3) de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas, en el capítulo de Síndromes asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos propone la categoría F-53 para los Trastornos Mentales y del Comportamiento asociados con el período grávido-puerperal. ³

Estudios realizados en América Central plantean que las mujeres de 20-35 años en condiciones biológicas y psicológicas estables, soportan adecuadamente un embarazo con los cambios que implica, fuera de ese grupo de edades se presentan graves problemas, fundamentalmente en adolescentes. ³

Durante el embarazo y el puerperio, el riesgo de enfermarse es de 1-3 x 1000, ocupa de 1-3 % de las camas de hospitales psiquiátricos. El embarazo no incrementa la posibilidad de desarrollar enfermedades psiquiátricas a pesar de los grandes cambios metabólicos y endocrinos que se producen, pueden ocurrir en otra etapa de la vida, lo que sucede es que se modifican los factores que intervienen en su etiología, los cuales pueden ser orgánicos y funcionales. La cifra de riesgo para desarrollar un trastorno afectivo en el embarazo es de 7.1 por 100 000, frente a 40.3 por 100 000 en el puerperio. ³

Las psicosis asociadas con el parto tienen características clínicas, evolutivas y pronósticos variables, pues no todas tienen una misma etiología. Existen casos en que los cambios relativamente bruscos y de gran importancia en el metabolismo y en el equilibrio endocrino parecen suficientes para que aparezcan las manifestaciones psicopatológicas, por otra parte,

muchos casos de esquizofrenia y psicosis maníaco depresiva hacen su debut en el puerperio. ⁴

En ocasiones las circunstancias socioculturales y, a veces, de otra índole en que tiene lugar el embarazo y el parto, pueden ser factores suficientes para desencadenar una psicosis, lo que en este caso sería un elemento de importancia a tener en cuenta en la evolución de la enfermedad. ⁴

La psicosis puerperal necesita tratamiento médico y es la enfermedad mental más grave que puede ocurrir como consecuencia del ciclo del embarazo, parto y posparto; a pesar de la escasa presencia de investigaciones publicadas sobre la psicosis puerperal, resulta de interés la presentación de un caso clínico que particularice en su forma de presentación.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una adulta joven de 23 años de edad, de procedencia rural y color de la piel mestizo, con antecedentes personales de salud física y sin antecedentes de trastorno mental previo aparentemente. Ingresa en la sala de Psiquiatría del Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, provincia de Granma, en el servicio de Unidad de Intervención en Crisis (UIC) porque comenzó a presentar alteraciones del sueño después del parto distócico por cesárea por riesgo de pérdida del bienestar fetal seguido de irritabilidad, toma del juicio crítico de la realidad, dificultades en la cooperación durante el interrogatorio, disgregación del curso del pensamiento, ideas delirantes de poder, de contenido religioso y de daño, insomnio, así como hiperactividad verbal y motora con agresividad en ocasiones a familiares allegados después de 8 días de cesareada.

Examen físico

Mucosas: normocoloreadas y húmedas.

Sistema cardiovascular: latidos cardiacos rítmicos, bien golpeados, no soplos. No roce pericárdico ni ritmo de galope. Tensión arterial (TA) de 130/90 mmHg, frecuencia cardiaca de 92 latidos/minutos.

Sistema respiratorio: murmullo vesicular normal en ambos campos pulmonares. No estertores. Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones/minutos.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Presencia de herida quirúrgica fanestil de aproximadamente 11 cm de diámetro con bordes bien afrontados y sin signos flogísticos de sepsis. Útero infraumbilical, bien contraído, no doloroso.

Mamas: areola y pezones normales con presencia de secreción láctea.

Sistema nervioso central: consciente, no focalización motora ni déficit neurológico.

Fondo de ojo: pupilas de bordes nítidos, no papiledema, excavaciones 01-02, maculas normales.

Examen psiquiátrico

Conciencia lúcida, coopera poco durante la entrevista, con toma del juicio crítico de su enfermedad, agresividad, disgregada, ideas delirantes de daño, de poder, de contenido religioso, irritabilidad, insomnio, hiperactividad verbal y motora, descuido parcial de hábitos higiénicos, estéticos y recreativos.

Exámenes complementarios

Hemoglobina: 136g/L; leucocitos: 7.8×10^9 ; polimorfonucleares: 0.60; linfocitos: 0.38; eosinófilos: 0.02.

Velocidad de sedimentación globular: 65 mm/hora

Creatinina: 63 $\mu\text{mol/L}$

Glucemia: 3.5 mmol/L

Urea: 3.5 mmol/L

Orina por catéter: negativo

Cultivo de loquios: negativo

Urocultivo: negativo

Pruebas funcionales hepáticas: normales

VIH: negativo

Serología: no reactiva.

Sobre la base de las manifestaciones clínicas en el examen psiquiátrico y el resultado normal de los estudios realizados, se planteó por el equipo médico de asistencia el diagnóstico de psicosis puerperal. Por esta razón se inició tratamiento médico con antipsicóticos del tipo fenotiacinas (clorpromazina; ámpulas de 25 mg), por vía intramuscular profunda a dosis de 50 mg cada 8 horas previa toma de tensión arterial con

fármacos correctores de reacciones extrapiramidales asociado a contención mecánica siempre que fue necesario previo consentimiento informado al familiar.

En las primeras 24 horas de estadia en el servicio de UIC continuó con hiperactividad verbal y motora, ideas delirantes de contenido religioso, la agresividad física a sus familiares había disminuido, pero persistía en ocasiones la agresividad verbal. Esta situación condujo a que se le aumentara el antipsicótico a 75 mg con la misma frecuencia con el objetivo de mejorar el pensamiento y evitar dehiscencia de la sutura.

Se realizó tomografía axial computadorizada de cráneo (TAC), con el objetivo de descartar causas orgánicas, que mostró en los cortes tomográficos practicados adecuada relación entre los surcos y circunvoluciones cerebrales, ausencia de signos agudos de enfermedad cerebrovascular; sistema ventricular y fosa posterior normales, no lesiones óseas.

Se evaluó con la especialidad de endocrinología, ya que en el curso del embarazo se le detecto un bocio simple encontrándose al examen físico de tiroides un bocio pequeño, liso, elástico, movable concluyéndose que el cuadro clínico actual no correspondía a un hipertiroidismo, pero por la presencia del bocio se inició tratamiento con propanolol a 80 mg por día y propiltiuracilo a razón de 300 mg por día, tratamiento que no cumplió por estar en falta en farmacia.

Se evaluó a la paciente con la especialidad de ginecobstetricia, encontrándose buena involución uterina, los loquios eran escasos, serosos, no fétidos, la herida quirúrgica con bordes bien afrontados retirándosele los puntos a los diez días. En relación con las mamas se orientó a los familiares que debían ordeñarla para evitar la aparición de mastitis, enfermedad que podía agravar el comportamiento de la paciente.

Después de tres días de evolución en el servicio se comenzó con clorpromazina por vía oral a dosis de 300 mg por día con correctores y un hipnótico en la noche para potenciar el sueño, la conducta mejoró con mayor aceptación a los familiares, ya había disminuido la hiperactividad verbal y motora, y la convicción delirante había disminuido al punto de ser rebatidos mediante la lógica.

La paciente evolucionó satisfactoriamente con desaparición de las alteraciones del pensamiento, juicio crítico de su enfermedad, aceptación adecuada hacia sus familiares y

preocupación por su bebé para cumplir con su función de madre en compañía del esposo y supervisión del resto de la familia. Se le dio el alta médica después de 8 días de estadia hospitalaria en el servicio de psiquiatría.

DISCUSIÓN

La presencia de psicosis en el curso del puerperio, como presentó el caso clínico descrito, constituye un tema poco frecuente en estos días debido a los adelantos en la psicofarmacología.

Opinan los autores que la evolución de las descompensaciones en el posparto puede ser el comienzo de un diagnóstico de esquizofrenia o bien de un trastorno tímico crónico. Es necesario precisar que el embarazo también puede implicar el surgimiento de trastornos psíquicos, contrariamente a la idea adquirida de que este sería un periodo protector para el psiquismo. Los quiebres psicóticos durante el embarazo se distinguen de los que ocurren durante el posparto por las características de su irrupción: inicio gradual, caracterizado por inestabilidad, ansiedad y variaciones del humor.

En la paciente descrita se considera que la activación de los conflictos psicológicos inconscientes pertenecientes al embarazo y organización intrapsíquica de pasar a convertirse en madre sin experiencia relacionadas con la maternidad dio lugar a un conflicto interno que acabó originando la psicosis puerperal.

No se sabe con certeza que la etapa perinatal aumente los trastornos psiquiátricos, aunque en el primer mes posparto se considera de mayor riesgo. Conviene no olvidar que los síntomas de trastornos mentales pasan inadvertidos en el embarazo y puerperio o se clasifican como propios de esa situación.

Refieren los autores que la psicosis puerperal suele comenzar mayormente 2-3 días después del parto lo que puede llegar a iniciarse antes del 15º día. El inicio de la sintomatología en esta paciente fue de forma insidiosa dado por insomnio, irritabilidad, posteriormente aparecieron las alteraciones del curso del pensamiento y la toma de los hábitos lo cual coincide con la bibliografía descrita en distintas publicaciones científicas.

Señalan los investigadores que en el tratamiento de la psicosis puerperal es fundamental el trabajo de un equipo multidisciplinario de psiquiatras, psicólogos, ginecobstetras y en el caso particular de esta paciente fue necesario la valoración por endocrinología, tanto en la fase aguda, como en la de las secuelas para diagnosticar y poder descartar alguna noxa orgánica que pueda ser responsable de un cuadro de similar presentación.

El caso clínico descrito por los autores difiere en cuanto a conducta y a descripción clínica con el reporte de Arrate Negret y colaboradores,⁵ quienes reportan 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, refirió 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. A diferencia de lo reportado, la paciente de este caso clínico no había tenido experiencias psicóticas anteriores.

La mayoría de las mujeres que se encuentran dentro de la normalidad, aceptan el embarazo como una suprema autorrealización, otras lo ven como una obligación ante la sociedad y una reafirmación necesaria como mujer, entonces se presentan trastornos en la alimentación, en el sueño, irritabilidad, ansiedad y tristeza. Es necesario conocer los problemas presentes, modificarlos o eliminarlos aplicando los principios de la promoción y prevención de salud.⁶

Sabina-Roméu y colaboradores⁷ señalan que las evoluciones psicóticas pueden comprender períodos más o menos largos de estabilización y funcionamiento aceptables, que solo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico precoz y prolongado puede mejorar y afianzar. La atención de las pacientes que padecen psicosis durante el embarazo deben tener especial atención pues ello puede afectar el normal crecimiento y desarrollo del futuro bebé, así lo refieren Gavilla González y colaboradores.⁸

Mighton⁹ refieren que la psicosis posparto es de poca frecuencia, pero su aparición constituye una emergencia médica por ser un serio problema mental, que pone en juego la vida de madre y bebé.

Los autores recomiendan que en la fase aguda de la psicosis puerperal es necesario un tratamiento farmacológico enérgico con antipsicóticos a elevadas dosis, aunque en los últimos años existe una tendencia creciente a utilizar antipsicóticos atípicos debido a su mejor tolerancia asociados a benzodiazepinas y en casos graves que no responden a tratamiento farmacológico o éste está contraindicado, terapia electroconvulsiva (TEC). Una vez que la sintomatología psicótica ha empezado a remitir es necesario introducir lo más precozmente posible medidas terapéuticas de tipo psicosocial.

En cuanto al pronóstico, por regla general, es bueno, pero cabe señalar que el riesgo de repetición de otro episodio psicótico está muy asociado con la presencia de embarazos posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Castro PJ, Hulak F, Sigales Rui SR, Orozco Guzmán M. Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. Rev Perinat Reprod Hum [Internet]. 2016 [citado 08/08/2018]; 30(1): 24-30. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533716000133>.
2. Medina Serdán E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2013 [citado 08/08/2018]; 27(3): 185-93. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>.
3. Reyes Cruz YL. Caracterización de la morbilidad psiquiátrica en el periodo grávido-puerperal durante los años 2009 y 2011. Rev Hosp Psiqu Habana [Internet]. 2013 [citado 08/08/2018]; 10(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph13113.html>.
4. Ramírez Romaguera D, Rodríguez Alonso D, López Rodríguez D, Swaby Atherton D, Hechavarría Ávila D, Soler Pérez D, Rodríguez D, Psicosis puerperal. Rev. inf. cient. [Internet]. 2007 [citado 17/09/2018]; 54(2). Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1409/2750>.
5. Arrate Negret MM, Molina Hechavarría V, Linares Despaigne MJ. Tratamiento ambulatorio en una paciente con psicosis puerperal. MEDISAN [Internet]. 2016 Nov [citado

17/09/2018]; 20(11): 2390-4. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100010.

6. Reyes Cruz YL. Factores psicosociales y depresión en el período grávido-puerperal. Rev Hosp Psiqu Habana [Internet]. 2014 [citado 08/08/2018]; 11(1). Disponible en:

http://www.revistahph.sld.cu/rev_nro1-2014/hph_orig7.html.

7. Sabina-Roméu B, Sarmiento-González D, Alzuri-Falcato M, Leyva-Madrigales A. Caracterización clínico-farmacológica de pacientes psicóticos atendidos en Servicio de Salud Mental, Hospital Pediátrico de Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2016 [citado 13/09/2018]; 14(3): 289-99. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3225/2066>.

8. Gavilla González B, Díaz Cabrera L. Malnutrición por defecto de un recién nacido por psicosis puerperal materna: presentación de un caso. Rev. Medica electrónica [Internet]. 2014 [citado 13/09/2018]; 34(2): 223-30. Disponible en:

<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/949/pdf>.

9. Mighton CE, Inglis AJ, Carrion PB, Hippman CL, Morris EM, Andrighetti HJ, et al. Perinatal psychosis in mothers with a history of major depressive disorder. Arch Wom Ment Health [Internet]. 2016 [citado 08/08/2018]; 19(2): 253-8. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-015-0561-9>.

10. Upadhyaya SK, Sharma A, Raval CM. Postpartum Psychosis: Risk Factors Identification. N Am J Med Sci [Internet]. 2014 [citado 08/08/2018]; 6(6): 274-6. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083529/>.

Recibido: 11 de septiembre del 2018.

Aprobado: 8 de octubre del 2018.

Conflicto de intereses: Autores no declaran conflicto de intereses.

Yordany Arias Molina. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. E-mail: yordany@infomed.sld.cu.