

**DROGAS PSICOTROPICAS EN EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO.  
REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**Autor:** David Simón Lorda. Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico "Cabaleiro Goás" - Toén - Orense.

**Resumen:** El autor actualiza los conocimientos sobre psicofármacos y embarazo, recomendando pautas específicas de uso.

**Palabras Clave:** Embarazo, psicofármacos, neurolépticos, antidepresivos, benzodiazepinas

**Abstract:** This paper offers a review of the psychopharmacological drugs usually prescribed to pregnant women, and make some recommendations about how to prescript them.

**Key words:**

## INTRODUCCION

La paciente psiquiátrica embarazada o aquella que necesita tomar una medicación psicotrópica durante su embarazo , representaN un dilema clínico que coloca al médico en una posición difícil. Como práctica general, la mayor parte de los psiquiatras restringen el uso de los psicofármacos a aquellas situaciones clínicas donde puede existir un riesgo mayor para la madre (y probablemente para el feto), y no valoran tanto los riesgos asociados a la exposición in útero de estas drogas. Pocos autores diseñan tratamientos específicos que puedan evaluar y manejar situaciones como:

- 1) La paciente embarazada en la que se inicia una enfermedad psiquiátrica.
- 2) La paciente psiquiátrica que se mantiene con medicación psicotrópica y desea concebir.
- 3) La paciente que tomando medicación psicotrópica se queda embarazada inadvertidamente.

Aunque no parecen existir riesgos claros de teratogenicidad con los medicamentos psicotropos (salvo con el litio y quizás con las

benzodiazepinas), ello no implica seguridad. Ninguna medicación psicotrópica se ha ganado la aprobación de la FDA para su uso durante el embarazo.

Existe un consenso clínico que aconseja evitar el uso de los agentes psicotrópicos en el primer trimestre ya que este es el período de tiempo en el que un feto es más vulnerable a los efectos tóxicos de los agentes exógenos. Idealmente la mujer gestante no debería requerir tratamientos médicos durante el embarazo, pero la realidad es muy distinta ; muchas gestantes presentan procesos patológicos que precisan tratamiento; esto, junto a la automedicación hace que, según diferentes estudios (Citado en Bellart(1989)), un 60 -90% de mujeres toman alguna medicación durante la gestación, lo que hace difícil establecer una relación causal entre una malformación y un fármaco determinado. De este porcentaje de mujeres que reciben medicación en el embarazo , un 35% son psicofármacos según algunos autores.

## **EL CURSO DE LA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA DURANTE EL EMBARAZO**

El embarazo se ha considerado tradicionalmente como un período de relativo "bienestar" psíquico, pero, sin embargo existen muy pocos estudios que ofrezcan datos fiables acerca del curso de los diferentes trastornos

psiquiátricos durante el embarazo así como de la aparición durante el mismo de un problema psiquiátrico. De estos pocos trabajos se puede extraer la impresión de que este período de "bienestar" es algo relativo.

Un 10% de las embarazadas reúnen criterios de depresión mayor o menor durante el embarazo con un porcentaje aún mayor en el posparto.

El impacto del embarazo en la PMD y la esquizofrenia es incierto, pero parece que los pacientes bipolares tendrían un riesgo especial para presentar episodios depresivos en el posparto. Las pacientes con esquizofrenia suelen tener unas cifras de descompensación en el posparto que oscilan entre 13-20%.

## **VALORANDO RIESGOS Y BENEFICIOS DEL USO DE DROGAS PSICOTROPICAS.**

La prescripción de drogas en el embarazo debería estar limitada a aquellos casos en los que el riesgo para la madre y el feto derivados del trastorno psiquiátrico sobrepasaran al riesgo derivado de la prescripción de psicofármacos.

Los riesgos asociados con la farmacoterapia se pueden agrupar en :

- 1)Potencial teratógeno o riesgos de groseras malformaciones de órganos;
- 2) Efecto tóxico directo sobre el feto;

- 3) Efecto de la droga en el momento del parto;
- 4) Efecto de la medicación sobre la lactancia.

En cuanto al potencial teratógeno, existe un problema que dificulta enormemente su estudio al carecer de modelos animales válidos y no ser extrapolables los resultados obtenidos en éstos para el hombre (recordar el caso de la talidomida, la cual se mostró segura en varias especies animales) (Bellart, 1989).

Todos los riesgos deben ser comparados siempre con la morbilidad y mortalidad potenciales de la enfermedad psiquiátrica. Las tasas de recaídas son muy altas tras la interrupción de la medicación en la esquizofrenia, los trastornos afectivos o de ansiedad, pudiendo agravar el cuadro psiquiátrico de la madre durante la gestación. Una mujer embarazada con un cuadro psiquiátrico severo puede tener problemas importantes para cuidar de sí misma durante el embarazo ( como por ejemplo, menor ingesta de comida y líquidos) y para buscar cuidados prenatales adecuados (Altshuler, 1994). Además puede responder al embarazo con una negación del mismo o con una ambivalencia importante, llegando a protagonizar comportamientos bizarros o inusuales respecto a su estado anterior (Forcier, 1990). Existen aspectos todavía no bien conocidos como por ejemplo la influencia en la unidad

fetoplacentaria que tienen los cambios neuroendocrinos que acontecen en los trastornos por ansiedad.

También es muy controvertida la relevancia que tiene para el proceso de vínculo y afecto maternal una psicosis no tratada o la ansiedad/depresión y la influencia que esto tendrá en el desarrollo psicológico del niño.

## **ALGUNOS CONSEJOS Y CONSIDERACIONES**

El clínico debe de diseñar un plan de tratamiento individual adecuado a la situación clínica general de la paciente embarazada. Hay una serie de líneas directrices:

1) Embarazo planificado: Un embarazo no planeado provoca con frecuencia la suspensión urgente y demasiado rápida de la medicación. Ello puede provocar fenómenos de rebote o retirada, lo que lleva a la paciente a estar con mayor sintomatología y a la posibilidad de una recaída en el caso de una enfermedad previa. La mayoría de las pacientes psiquiátricas graves y que van a requerir un seguimiento importante, se quedan embarazadas sin tenerlo planeado (Forcier, 1990), y no es raro que inicialmente respondan a ello con una negación psicótica de su situación de embarazo.

2) Control de los síntomas: El objetivo de la terapia farmacológica en el

manejo de las pacientes embarazadas es controlar los síntomas más amenazantes y minimizar al máximo la prescripción de drogas.

3) Hospitalización: Puede utilizarse en cualquier momento del embarazo para sustituir a la medicación o para evitar una escalada de dosis de medicación en los casos graves. Algunos autores recomiendan un ingreso en el primer contacto con las pacientes esquizofrénicas embarazadas para hacer una valoración extensa del caso y planificar los cuidados(Nurnberg, 1989), y en algunos hospitales se ingresa a las pacientes esquizofrénicas embarazadas en el último trimestre como parte de un protocolo de atención a la paciente psicótica embarazada dentro de un Programa de Psiquiatría de Enlace con el Servicio de Obstetricia(Forcier, 1990).

4) Documentación por escrito con el consentimiento de la paciente y de su marido para que se utilicen los psicofármacos en el embarazo. También debiera figurar en los documentos el visto bueno del obstetra del caso.

#### **ANTIPSICOTICOS (PSICOSIS EN LA PACIENTE EMBARAZADA).**

Si estamos ante un primer brote o episodio psicótico debiera de hacerse una evaluación extensa y detallada para descartar la posible organicidad del

cuadro.

En las pacientes psicóticas crónicas bien controladas con bajas dosis de neurolépticos, la interrupción brusca de la medicación puede dar lugar a una descompensación del cuadro.

La administración de antipsicóticos no parece estar asociada a un aumento en la frecuencia de malformaciones. Si éstas aparecen, parece ser que es más frecuente en casos en los que haya existido exposición a neurolépticos de baja potencia. Otros síntomas más raros pueden ser ictericia neonatal y síntomas extrapiramidales en el feto.

Aunque no existen datos definitivos, los antipsicóticos debieran de ser evitados durante el primer trimestre, pero esto debe de ser sopesado contra el riesgo y la naturaleza de una recaída psicótica, que tal vez requiera altas dosis de medicación para un control adecuado del cuadro.

Si es necesario usar neurolépticos es preferible utilizar los de alta potencia (trifluoperacina, haloperidol, perfenacina). Se recomienda el haloperidol debido a su extensa y segura experiencia en clínica. Iniciar con dosis bajas (0'5 mg/día) e ir aumentando gradualmente hasta conseguir un modesto control sintomático. Una dosis de 5 - 10 mg/día es la considerada como segura.

Todas las medicaciones antiparkinsonianas debieran ser evitadas en el



primer trimestre. En el resto del embarazo habrá que valorar la situación clínica de la paciente: Tanto los agentes anticolinérgicos como la difenhidramina o la amantadina pueden causar algún tipo de malformación al feto(Altshuler, 1994).

Es aconsejable tratar de suspender la medicación neuroléptica un par de semanas antes del parto, ya que se ha observado toxicidad neonatal transitoria ( s.t. irritabilidad e inquietud) en niños cuyas madres habían tomado neurolépticos en las semanas previas al parto.

Es muy importante el procurar una intervención de la Asistente Social (tanto durante el período de embarazo como en el período postnatal inmediato) y de la Matrona de Cupo ( insistir en que participe en los Programas de Cuidados Prenatales). Las pacientes esquizofrénicas con frecuencia no reconocen los síntomas del parto y no buscan ayuda en esos momentos. Algunos autores americanos (Spielvogel, 1986; Forcier, 1990) insisten en que el personal médico y de enfermería que atienda a este tipo de pacientes debieran de estar entrenados en la atención urgente al parto. Generalmente suele descuidarse el problema de los derechos de custodia los hijos y las cuestiones relacionadas con el control de la natalidad.

A veces, de forma puntual, puede ser necesario recurrir a la Contención Mecánica en estas pacientes, sobre todo en casos de urgencias, aunque es algo

controvertido según autores ( Miller, W.H., 1991; Raskin, 1991). Recordar que es muy importante elevar la cadera derecha de la paciente con una almohada o algo similar para evitar la obstrucción de la aortocava por el útero grávido, sobre todo si la paciente está en el segundo o tercer trimestre. Evitar que la paciente descanse en posición completamente horizontal y efectuar revisiones muy frecuentes durante el tiempo que dure la contención mecánica. Atención al aumento de la frecuencia urinaria propio del embarazo así como a las retenciones urinarias.

## **ESTABILIZANTES DEL HUMOR (ENFERMEDAD BIPOLAR Y EMBARAZO)**

Las pacientes con PMD suelen ser más vulnerables a episodios de depresión posparto que las pacientes unipolares. Sin embargo, no se conoce mucho acerca del curso de la PMD en el embarazo, aunque son pacientes que van a responder bastante bien a un ingreso y a la medicación antipsicótica. Generalmente son pacientes que son capaces de focalizar su atención en las tareas de cuidados del recién nacido pero como antes hemos dicho el período de posparto puede empeorar la sintomatología de estas pacientes.(Cohen, 1989; Spielvogel, 1986).

Está muy bien establecida la teratogenicidad del carbonato de litio. En

mujeres expuestas al litio durante el primer trimestre se ha visto que sus hijos tienen tasas mayores de malformaciones cardíacas fetales (deformidades de los grandes troncos sanguíneos y anomalía de Ebstein). Todas las pacientes con PMD deben de ser informadas de la necesidad de seguir un proceso de planificación familiar cuando comiencen a tomar litio.

Por lo general, a mayor número de episodios de trastorno afectivo previo, mayor riesgo de recaída . Aquellas pacientes que estén tomando litio y que tengan historia de un único episodio circunscrito de manía, pueden beneficiarse de una retirada de litio si se les hace un seguimiento muy cercano teniendo siempre en mente la posibilidad de una descompensación y la necesidad de intervenir inmediatamente en dicha circunstancia.

Para aquellas pacientes con mayor facilidad de recaída y que necesitan una profilaxis continua para prevenir episodios recurrentes maníacos, se puede utilizar carbamacepina o clonacepam, ya que ambos fármacos tienen un menor potencial teratogénico.

A pesar de todas las precauciones son muy frecuentes los embarazos no planeados. En aquellas pacientes embarazadas que hayan estado tomando litio antes de la semana 12 hay que informarles de la posibilidad de que se hayan producido malformaciones cardíacas fetales. Se aconseja en estos casos el realizar una ecocardiografía fetal en la semana 20 para investigar si aparece

una anomalía de los grandes vasos o una anomalía de Ebstein( El 0'1% de los niños expuestos al litio en el embarazo presentan esta anomalía). Si están presentes estas malformaciones puede plantearse la necesidad de efectuar un aborto (Cohen, 1989; Bueno, 1985).

Ante una paciente embarazada que esté tomando litio podemos adoptar entonces tres posturas:

- a) que deje de tomar el litio;
- b) cambiárselo por otros estabilizantes del humor (carbamacepina, ác.valproico o clonacepam; varía según autores: Cohen, 1989; Altshuler, 1994)
- c) continuar con el litio dependiendo del mes de embarazo en el que se encuentre.

En el caso de que sea absolutamente imprescindible la terapéutica con Litio durante el primer trimestre, hay que seguir las siguientes recomendaciones (Bueno, 1985):

- A) Prescripción de dosis mínimas compatibles con la acción profiláctica del Litio (alrededor de 0,8 mEq/l);
- B) Evitar fluctuaciones de la litemia, no administrando más de 300mg por toma, y en intervalos nunca inferiores a 4 horas.
- C) No asociar diuréticos, dietas hipocalóricas o hiposódicas.

D) Control frecuente de la litemia a intervalos semanales en pacientes ambulatorios y a días alternos en las pacientes ingresadas.

Debemos remarcar que una paciente con PMD descompensada en el embarazo es una urgencia psiquiátrica en la que hay que plantearse como primera medida el hospitalizar a la paciente y descartar organicidad. Se puede tratar con neurolépticos y con TEC. Una vez controlado el cuadro urgente, si el embarazo es de más de tres meses añadir litio. Si todavía está en el primer trimestre hay que utilizar el clonacepam ( o la carbamacepina) a ser posible.

Es muy importante la monitorización frecuente de los niveles de litio debido a los cambios de la función renal que se van produciendo a lo largo de la gestación. Por este motivo se debe también fraccionar las dosis más de lo habitual. En el tercer trimestre, cuando se prevea cercano el momento del parto hay que reducir la dosis de litio en un 50% debido a las grandes variaciones electrolíticas por pérdidas de líquidos que se producen en el momento del parto. Litemias terapéuticas antes del parto pueden pasar a ser francamente tóxicas (hasta 4,4 mEq/l) en las 24 horas después del parto (Bueno, 1985).

La toxicidad neonatal por litio se ha presenta en algunos neonatos con distress respiratorio, arritmias cardíacas e hipotonía.

## **ANTIDEPRESIVOS (DEPRESION EN EL EMBARAZO).**

No existe una evidencia definitiva de la teratogenicidad de los tricíclicos.

Los IMAO debieran ser evitados durante el embarazo, pues se ha comprobado retraso del crecimiento intrauterino, hipertensión materna y problemas en el uso de la anestesia en el caso de que esta fuese necesaria en el parto.

De los antidepresivos de 2 generación ( maprotilina, trazodone, sertralina ) existen datos insuficientes para concluir si están asociados a toxicidad fetal, aunque algunos datos apuntan a que la fluoxetina podría seguirse prescribiendo si la paciente que lo tome quedase embarazada (Altshuler, 1994).

Si una mujer no tiene historia previa de depresión y desarrolla síntomas depresivos durante el primer trimestre, es prudente que si los síntomas no son muy severos, se plantee una alternativa terapéutica no farmacológica : terapia cognitiva o de privación de sueño. Si los síntomas son muy severos (ideación suicida, descuido o abandono de la alimentación, síntomas psicóticos...) o persisten después del primer trimestre, hay que hacer un abordaje farmacológico del caso.

Cuando sea necesario dar medicación para los cuadros depresivos del embarazo se recomiendan aminas secundarias : nortriptilina y desipramina . De estos fármacos se pueden monitorizar sus niveles y tienen pocos efectos anticolinérgicos que pudieran provocar retención urinaria y obstrucción intestinal fetal. Algunos autores recomiendan fluoxetina (Alshuler, 1994).

En todos los casos utilizar las mínimas dosis necesarias y monitorizar una vez al trimestre. Si fuera posible se recomienda que, al igual que en el caso de los neurolépticos, se retire el fármaco antes del parto.

En las depresiones psicóticas se recomienda hospitalización de la enferma y tratamiento con Terapia Electroconvulsiva. La TEC se considera un tratamiento bastante seguro para el tratamiento de la paciente gestante(tanto en casos de depresión , como en cuadros de manía y de psicosis)(Cohen,1989; Miller, 1994; Altshuler,1994). Los estudios de seguimiento de niños cuyas madres habían recibido TEC durante el embarazo no han demostrado defectos del neurodesarrollo (Altshuler,1994). Miller (1994) en un estudio de revisión de la literatura (entre 1942 a 1991) de 300 casos de TEC durante el embarazo observó que se habían producido algunas complicaciones en 28 casos: arritmia fetal benigna transitoria, sangrado vaginal moderado, dolor abdominal , y contracciones uterinas autolimitadas. Autores americanos( Nurnberg, 1989; Miller, 1994) considera a la TEC como un tratamiento bastante seguro y

efectivo durante el embarazo, pero que hay que tener en cuenta una serie de aspectos técnicos y éticos que disminuyan sus riesgos potenciales. En todos los casos se debiera obtener el consentimiento informado de la paciente. Además en la preparación para la administración de la TEC se debería hacer: examen pélvico , suspender el día previo la medicación anticolinérgica que estuviera tomando, realizar una tocodinamometría uterina, asegurar una buena hidratación y la administración de antiácidos (hay riesgo de aspiración). Durante el TEC se recomienda: elevar la cadera derecha de la paciente, asegurarse de que hay una monitorización fetal cardíaca externa, utilizar el glicopirrolato como anticolinérgico durante la anestesia, intubar a la paciente y no hiperventilar excesivamente a la paciente.

### **BENZODIACEPINAS (TRASTORNOS ANSIEDAD Y EMBARAZO).**

Es muy importante hacer un buen diagnóstico diferencial entre la ansiedad normal del embarazo y un trastorno por ansiedad verdadero.

Como norma general evitar en lo posible las benzodiazepinas durante el primer trimestre. Los estudios más recientes no apoyan la asociación entre la exposición in utero a las benzodiazepinas y anomalías fetales. Hace unos años se asoció a anomalías del paladar. A pesar de estos últimos datos, las mujeres que estén embarazadas deberían de disminuir lo más posible o suspender esta



medicación. Algunos autores sugieren que se podrían usar con reservas durante el resto de los meses el alprazolam, el loracepam o el clonacepam (parece que ésta sería la benzodiacepina más segura durante el embarazo)(Cohen, 1989; Altshuler,1994).

Un enfoque psicoterapéutico de corte cognitivo conductual es obligatorio el intentarlo con estas pacientes tanto en el caso de los trastornos de pánico como en el trastorno obsesivo compulsivo.

Las pacientes con trastorno por ansiedad requieren una evaluación muy cuidadosa de su régimen farmacoterápico antes de quedarse embarazadas ya que habitualmente toman antidepresivos tricíclicos y benzodiacepinas.

En los pacientes con trastorno de pánico, el embarazo parece disminuir la intensidad de los síntomas del trastorno, y podría probarse a retirar la medicación si están en mantenimiento con alprazolam: primero hay que probar a disminuir las dosis, y si no se controlan los síntomas se recomienda añadir un antidepresivo tricíclico o cambiar a clonacepam.

En las pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, hay datos contradictorios sobre si el cuadro se agrava o incluso es frecuente que debute durante el embarazo o en el puerperio. Esto ocurre también en hombres en relación al embarazo de sus esposas o el nacimiento de los hijos, con lo que debemos estar ante factores psicodinámicos y no fisiológicos. La fluoxetina o

un antidepresivo tricíclico podría utilizarse después del primer trimestre en el caso de que no funcione la Terapia Cognitivo- Conductual (Altshuler, 1994).

## **EPILEPSIA Y EMBARAZO**

Riesgos del embarazo para la mujer epiléptica: Hay que destacar que un 90-95% de las mujeres epilépticas embarazadas tienen niños normales, pero recordar que:

- Existe el riesgo de aumentar la frecuencia de las crisis en un 30.%.
- Hay riesgo de hemorragia vaginal durante el embarazo o el puerperio. También de hiperemesis gravídica, anemia y de preeclampsia.
- Riesgo de malformaciones congénitas en el niño entre 4-6%; riesgo de que el niño desarrolle epilepsia en un 3% casos..
- Hay un 10% de riesgo de hemorragia perinatal en el niño si no se da profilácticamente vitamina K.

### Principios de manejo:

-Antes del Embarazo:

- Informar a la paciente de los posibles riesgos de quedarse embarazada.
- Si lleva más de dos años sin crisis, intentar la supresión de medicación antes de planificar el embarazo. Si no se puede suprimir el tratamiento,

intentar siempre que se pueda un tratamiento en monoterapia.

- Suministrar ác. fólico, antes y después de la concepción, para prevenir defectos del tubo neural. Debido al aumento del riesgo de espina bífida asociado al uso de valproato sódico (1,5%) y carbamacepina(1%), a la mujer que se ha quedado embarazada y que está en tratamiento con algunos de estos principios activos se la debería aconsejar que se sometiera a un screening prenatal (medida de la Alfa-fetoproteína en la 18 semana y Ecografía en el 2ºtrimestre).

-Durante el embarazo:

- Mantener siempre un buen nivel de información.
- Usar la menor dosis posible y monitorizar con frecuencia. los niveles del fármaco pueden disminuir conforme progresa el embarazo, pero sólo un tercio de las pacientes tienen un incremento en la frecuencia de las crisis a consecuencia de ello. Las dosis deben de modificarse según las indicaciones clínicas.
- Suministrar ác.fólico durante todo el 1º trimestre y vitamina K en las últimas semanas del mismo.
- Si la paciente tiene crisis, determinar su causa, con especial interés en si se realiza correctamente el tratamiento o si existe privación de sueño.
- Ninguno de los fármacos parece tener menor capacidad para producir

malformaciones fetales. El riesgo de malformaciones (espina bífida, hipospadias, anomalías craneofaciales, fisura palatina, cardiopatía congénita...) aumenta con el número y la dosis del antiepiléptico administrado. Cualquiera de ellos, siempre y cuando controle las crisis de forma eficaz se puede considerar el adecuado, teniendo en cuenta que lo mejor es no modificar el tratamiento anterior.

- Una mujer epiléptica en edad de procrear que no desea quedarse embarazada y está tomando un anticonceptivo oral debería ser tratada con valproato sódico, ya que no afecta a la eficacia del anticonceptivo; en caso de utilizar otro antiepiléptico se deben administrar dosis más altas del anticonceptivo. La vigabatrina parece que tampoco afecta a la efectividad de los anticonceptivos.

#### -Lactancia Y Puerperio:

- Todos los fármacos, excepto el ácido valproico, se encuentran en la leche materna en concentraciones de un 40-80% de los niveles séricos maternos. La lactancia natural se admite, debiendo suspenderse únicamente si el niño presenta somnolencia. Algunos autores contraindican la lactancia si se está tomando fenobarbital.
- Si la paciente ha requerido aumento de dosis en el embarazo, este aumento

debe mantenerse durante 2-3 semanas realizando niveles para evitar toxicidad. Pueden pasar 6-10 semanas hasta que se restauran las condiciones pre-gestacionales.

## **TOXICOMANÍAS Y EMBARAZO**

- Las gestantes toxicómanas deben ser consideradas como embarazadas de alto riesgo debido a la multiplicidad de complicaciones médicas y obstétricas que presentan, independientemente de la sustancia objeto de abuso. Algunas de las complicaciones en este grupo de gestantes son: infecciones, desprendimiento precoz de placenta, retraso de crecimiento intrauterino, aborto y parto prematuro, Sida, anemia, enfermedades de transmisión sexual. Estas complicaciones, sin embargo, no son debidas exclusivamente al efecto directo de las sustancias de las cuales abusan sino que están relacionadas, en gran medida, con un estilo de vida marginal poco compatible con el embarazo. El primer objetivo ante una paciente toxicómana embarazada ha de ser el conseguir una adhesión al tratamiento que garantice una asistencia periódica de la paciente.
- Es importante investigar bien el consumo de las diferentes drogas, pues por ejemplo la adicción a la cocaína durante la gestación conlleva mayor incidencia de problemas obstétricos que la heroína.

- Como norma general, no debe de intentarse la desintoxicación de opiáceos durante el embarazo. Lo más adecuado es incluir a la paciente en un Programa de mantenimiento con Metadona. Esto además de contribuir a mantener alejada a la embarazada del uso de la heroína, facilitará el seguimiento del embarazo hasta el momento del parto. Debe de acompañarse de un programa intensivo de asistencia prenatal y apoyo psicosocial.

Pauta aproximada :

- Iniciar con 10-20 mg de metadona oral y observar si aparecen síntomas de abstinencia. Si aparecen , pueden darse 5-10 mg de forma adicional. La dosis inicial no debe superar los 30 mg.
- La dosis total /día no debe de exceder de 40 mg ( a no ser que exista historia documentada de tolerancia a más de 40mg metadona al día).

Ventajas del uso de metadona en el embarazo:

- Disminución de la incidencia de: neonatos de bajo peso, prematuridad y complicaciones obstétricas.
- Aumento del tamaño de los órganos y el número total celular en comparación con el de la descendencia de madres adictas a heroína no tratadas.

Inconvenientes:

- Mayores pérdidas de peso neonatal y aumento de incidencia de puntuaciones bajas en el Test de Apgar.
- Duración más prolongada de la hospitalización y tratamiento de los síntomas de abstinencia neonatal.
- Aumento de la incidencia de convulsiones y depresión del reflejo de succión.

-Desintoxicación lenta con Metadona: Sólo debería hacerse en casos muy concretos en los que exista: historia toxicológica de corta duración, buen apoyo familiar, buena motivación de la gestante y no haya otra patología concomitante. Debe hacerse en régimen hospitalario y durante el segundo trimestre. En el primer trimestre hay riesgo de aborto y en el tercero puede aparecer distress fetal y parto prematuro.

## **LACTANCIA Y USO DE PSICOFARMACOS**

Todos los psicofármacos (neurolépticos, benzodiacepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicotropos varían enormemente y dependen de cada

fármaco y del metabolismo materno.

Cada caso debe de considerarse de forma individual, pero por lo general se recomienda evitar la lactancia en pacientes que tomen psicotropos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo.

## **CONCLUSIONES**

En las distintas revisiones efectuadas en la última década se ha demostrado que bastantes psicofármacos como algunos antipsicóticos, antidepresivos y benzodiazepinas tienen un potencial teratogénico bajo, sin embargo nadie puede afirmar que son seguros durante el embarazo. Dado el alto porcentaje de uso de psicofármacos durante el embarazo, el clínico requiere unas indicaciones para el manejo de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo. A la espera de más estudios a largo plazo sobre las consecuencias de la exposición a psicofármacos durante la gestación, el clínico debe de valorar en cada caso los riesgos y beneficios de tomar una determinada actitud ante los problemas que plantean los trastornos psiquiátricos durante el embarazo.

El abordaje y manejo de los problemas psiquiátricos durante el embarazo debe pivotar sobre un Programa de Enlace entre los Servicios de Salud Mental y los Servicios de Obstetricia. El papel de médico encargado del



caso y de médico consultar debe ir alternándose a medida que avanza el embarazo, pero siempre deberán existir canales ágiles de comunicación y relación entre ambos Servicios para abordar correcta y eficazmente el manejo de los casos. La definitiva implantación y desarrollo de la Psiquiatría en el Hospital General ofrece el marco idóneo para una adecuada conexión y trabajo con el resto de las Especialidades, en este caso con la Obstetricia.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ALTSHULER, L.L.; SZUBA, M.P.. (1994): "Course of psychiatric disorders in pregnancy". *Neurologic Clinics*, 12, 3, p613-635.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. : (1993) "Guidelines for Treatment of Major Depression Disorder". *Am J Psychiatry*, 150, 4. Supplement. Pág 15.
- BELLART, J. ; CABERO ROURA, L. (1989): "Fármacos y Embarazo". *Revista JANO* , Vol.XXXVII, N1868, p85-8.
- BUENO, J.A. et al (1985): "Psicofarmacología Clínica".Ed.Salvat. Barcelona. p.319.
- COHEN, L.S. ; HELLER, V.L.; ROSEMBAUM, J.F. (1989): "Treatment Guidelines for psychotropic use in pregnancy". *Psychosomatics* 1989,

30,1,25-33.

- COHEN, L.S.S. (1989): "Psychotropic use in pregnancy". Hospital and Community Psychiatry., 40, 6, 566-7.
- DURO, P.; CASAS, M.;CABERO, L. (1993): "Embarazo, parto y puerperio en la mujer adicta a opiáceos". En CADAFAALCH,J.;CASAS,M.(Ed.):"El paciente heroínómano en el hospital general".Plan Nacional sobre Drogas. , Citran y Generalitat de Catalunya. P189-221.
- DURO, P. (1993): "La embarazada toxicómana". Boletín sobre Drogodependencias(CREFAT), N°18, p9.
- DE LA VEGA JUAREZ, P. et al (1993): "Protocolos de usos de psicofármacos en situaciones especiales". Libro de Actas XVII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, p606-619. Ed.ELA.
- FORCIER, K.J. (1990): "Management and Care of pregnant Psychiatric Patients". journal of Psychosocial Nursing, Vol 28, 2, p11-16.
- HOLLISTER, L.E. ; CSERNANSKY,J.G. (1990): "Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic Drugs". Ed.Churchill Livingstone.
- MILLER, LJ(1990): "Psychotic denial of pregnancy". Hospital and Community Psychiatry, Vol 41, p p1233-7.
- MILLER, L.J. (1994): "Use of electroconvulsive therapy during pregnancy".

Hospital and Community Psychiatry, Vol.45, 5, p444-450.

- MILLER, W.H.; RESNICK, M.P. (1991): "Restraining the violent patient".(Letter) Am Journal Psychiatry 148;2 : p269.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1993): "Pautas de actuación ante problemás se salud relacionados con el consumo de drogas por vía parenteral". Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1994): "Epilepsia y Embarazo". Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 1994, 18, 10, p 212-5 .

- NURNBERG, H.G. (1989): "An overview of somatic treatment of Psychosis during pregnancy and postpartum". General Hospital Psychiatry, 11, p328-338.

- RUDOLPH, B. et al (1990): "Hospitalized pregnant psychotic women: Characteristics and treatment issues". Hospital and Community Psychiatry 1990, 41,2,159-163.

- RASKIN, V.D. et al (1991): "Risks of restraints versus psychotropic medication for pregnant patients"(letter). American Journal Psychiatry 1991, 148,12,1760-1.

4.

- SPIELVOGEL, A.; WILE, J. (1986):" Treatment of the psychotic pregnant

patient". Psychosomatics, Vol 27, 7, p487-492.

## **GUIAS DE ACTUACION PARA EL USO DE PSICOFARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.**

### MANÍA:

- Realizar un diagnóstico diferencial con cuadros orgánicos y una evaluación completa si es el primer episodio.
- Valorar la necesidad de continuar la profilaxis con litio.
- En el primer trimestre evitar el litio. Si ha existido exposición al litio antes de la semana doce hay que considerar la posibilidad de hacer un ecocardio fetal en la semana 18 -20 para detectar posibles malformaciones cardíacas.
- Considerar la posibilidad de usar Clonacepam o Carbamacepina en pacientes bipolares que claramente necesitan profilaxis antimaníaca.
- En los trimestres 2º y 3º: Después de la semana 12, si se necesita

tratamiento, valorar el uso de carbamacepina o litio.

- Antes del parto, suspender el litio o disminuirlo en un 50% de la dosis .
- Manía descompensada: Hospitalizar, Neurolepticos y clonacepam(?), o TEC.
- El litio se excreta en la leche materna.

## **GUIAS DE ACTUACION PARA EL USO DE PSICOFARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.**

### DEPRESION :

- Descartar la posible etiología orgánica del cuadro.
- Suspender la medicación en el primer trimestre si es posible. Intentar abordaje psicoterapéutico.
- El abandono del cuidado personal o de los cuidados prenatales indican la necesidad de valorar un tratamiento con psicofármacos.
- Recomendado: nortriptilina o desipramina. fluoxetina?.

- Si depresión psicótica : valorar la administración de TEC.
- Los antidepresivos se excretan en la leche materna.

#### TRASTORNOS DE ANSIEDAD :

- Descartar organicidad, y diferenciarlos de la ansiedad normal ante un embarazo.
- Retirar la medicación en el primer trimestre si es posible.
- En el caso de trastorno de ansiedad en tratamiento previo al embarazo: ir reduciendo dosis antes de que la paciente se decida a quedarse embarazada. Si no se controlan los síntomas valorar el introducir antidepresivos en la terapia.
- Si es imposible retirar o reducir las dosis de benzodiacepinas de acción corta, considerar el posible cambio a clonacepam.
- Evitar en lo posible la introducción de nuevas drogas sobre todo en el

primer trimestre.

- Se recomienda la terapia de apoyo o conductual.
- Las benzodiazepinas se excretan en la leche materna.

## **GUIAS DE ACTUACION PARA EL USO DE PSICOFARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.**

### PSICOSIS :

- El mantenimiento con dosis bajas de antipsicóticos pueden compensar el riesgo de recaída y la subsiguiente utilización de dosis más elevadas.
- En casos de debut de un cuadro psicótico en el embarazo es muy importante descartar la organicidad del cuadro y hacer una valoración detallada del caso. Se aconseja ingresar inicialmente a la paciente para una valoración más correcta en la necesidad de medicar o no el caso.
- La administración de antipsicóticos no parece estar asociada a un aumento

en la frecuencia de malformaciones. Si éstas aparecen , parece ser que es más frecuente en casos en los que haya existido exposición a neurolépticos de baja potencia. Otros síntomas más raros pueden ser ictericia neonatal y síntomas extrapiramidales en el feto.

- Antipsicóticos: evitarlos durante el primer trimestre. Lo mejor: haloperidol (0'5-10 mg/día). Suspender la medicación neuroléptica antes del parto.
- Intervención de la Asistente Social y la Matrona de Cupo. Problemas: derechos de custodia los hijos y control de la natalidad.
- Si contención mecánica: importante elevar la cadera derecha de la paciente. Revisiones frecuentes.
- Los neurolépticos se excretan en la leche materna.



## **GUIAS DE ACTUACION PARA EL USO DE PSICOFARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.**

### EPILEPSIA Y EMBARAZO

Un 90-95% de las mujeres epilépticas embarazadas tienen niños normales, pero recordar que existen riesgos que hay que sopesar con cuidado.

#### Principios de manejo:

Antes del Embarazo:

- Informar a la paciente de los posibles riesgos de quedarse embarazada.
- Si lleva más de dos años sin crisis, intentar la supresión de medicación antes de planificar el embarazo.

- Si no se puede suprimir el tratamiento, intentar siempre que se pueda un tratamiento en monoterapia.

#### Durante el embarazo:

- Mantener siempre un buen nivel de información.
- Usar la menor dosis posible. Monitorizar con frecuencia. Las dosis deben de modificarse según las indicaciones clínicas.
- Suministrar ác.fólico .
- Si la paciente tiene crisis, determinar su causa, con especial interés en si se realiza correctamente el tratamiento, si existe privación de sueño, y en la posible presencia de infecciones.

#### Elección del antiepiléptico:

- Siempre que sea posible monoterapia. No se debe dar Trimetadiona, ni Lamotrigina ni Vigabatrina.
- Todos los antiepilépticos de primera elección( carbamacepina, fenobarbital, fenitoina y valproato) pueden producir malformaciones. Ninguno de los fármacos parece tener menor capacidad para producir malformaciones fetales.

La lactancia natural se admite, debiendo suspenderse únicamente si el niño presenta somnolencia. Atención al fenobarbital.

## **GUIAS DE ACTUACION PARA EL USO DE PSICOFARMACOS DURANTE EL EMBARAZO.**

### TOXICOMANÍA

- Gestantes toxicómanas: embarazadas de alto riesgo.
- Primer objetivo: conseguir una adhesión al tratamiento.
- Investigar bien la historia toxicológica.
- Como norma general, no debe de intentarse la desintoxicación de opiáceos durante el embarazo. Incluir a la paciente en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Debe de acompañarse de un programa intensivo de asistencia prenatal y apoyo psicosocial.

**TERAPIA ELECTROCONVULSIVA DE MANTENIMIENTO**

**MAINTENANCE ELECTROCONVULSIVE THERAPY**

**Autores:** M<sup>a</sup> del Carmen García Mahía (\*), Ana Gago Ageitos (\*\*)

*(\*) Psiquiatra Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

*(\*\*) M.I.R. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

**RESUMEN**

En este artículo se revisan los principales trabajos sobre Terapia electroconvulsiva de Mantenimiento, su evolución histórica, indicaciones actuales, modo de administración y líneas de investigación abiertas para la detección de los pacientes subsidiarios de beneficiarse de este tipo de tratamiento, centrándose en la enfermedad depresiva.

**PALABRAS CLAVE:** Terapia Electroconvulsiva, Tratamiento de Mantenimiento, Prevención de Recaídas.

**ABSTRACT:** This article reviews the main investigations about Maintenance Electroconvulsive Therapy, its historic evolution, indications, way of administration and ways of research to detect patients who obtain benefit of this kind of treatment.

**KEY WORDS:** Electroconvulsive Therapy, Maintenance Treatment, Relapse Prevention.

El creciente número de publicaciones recientes ilustra el renovado interés de la investigación psiquiátrica en la Terapia Electroconvulsiva de Mantenimiento (TEC-M).

Es ampliamente reconocido el hecho de que, en ausencia de alguna forma de tratamiento de mantenimiento, la recaída temprana es frecuente tras

el tratamiento efectivo de los síntomas de un Episodio Depresivo Mayor (Prien y Kupfer, 1986). Existen datos que evidencian la efectividad de este tratamiento para disminuir la incidencia de recaídas (Coppin y cols, 1981; Imlah y cols, 1965). El uso de psicofármacos para la terapia de mantenimiento tras la TEC puede ser problemática en algunos pacientes (ej: intolerancia a los efectos colaterales de los fármacos, falta de respuesta al tratamiento farmacológico) por lo que, en ellos se ha recomendado como opción terapéutica la continuación ambulatoria de la administración de la TEC (Abrams, 1988; Fink,1987).

De acuerdo con la convención clínica, la TEC-M se refiere a un *régimen de tratamiento a largo plazo* durante el cual el paciente recibe TEC en forma de intervalos constantes o crecientes, generalmente una sesión de TEC en intervalos de 1 a 4 semanas, para prevenir la recurrencia de la enfermedad depresiva.

La extensión de la popularidad de la TEC fue recientemente revelada en un estudio de hospitales psiquiátricos privados. Los autores encontraron que el 64% de las instituciones que administran Terapia Electroconvulsiva también administran TEC ambulatoria de mantenimiento (Thienhaus,1990)

## **Evolución histórica de la TEC de Mantenimiento (TEC-M)**

La TEC-M tiene una historia poco usual. Los primeros resultados fueron publicados justo después de la introducción de la TEC como método de tratamiento. Sorprendentemente, desde finales de los 50 hasta hace muy poco, las investigaciones sobre TEC-M han desaparecido virtualmente de la literatura. Sólo pequeños párrafos en libros de texto y algún artículo aislado indicaban que la TEC-M no había desaparecido totalmente de la práctica clínica.

Los estudios previos que informan sobre la efectividad de la TEC en el tratamiento de continuación para la depresión, en general, resultan de difícil interpretación debido a la gran variabilidad en la metodología utilizada (presencia de grupos heterogéneos de pacientes, protocolos dispares de administración de TEC, administración simultánea de medicación psicotrópica...).

El primer estudio sobre la efectividad de la TEC-M utilizando criterios DSM-III, seleccionando además a pacientes que no recibían psicofármacos fue realizado por Clarke (1989) en un intento de superar deficiencias de estudios previos. Este autor revisa 27 pacientes diagnosticados de Depresión Mayor a

los que se administró un tratamiento semanal durante el primer mes tras la remisión de los síntomas, seguido por tratamiento quincenal el segundo mes y, a continuación, mensual durante al menos 6 meses. En este trabajo se comprueba que la recaída clínica fue más frecuente en los pacientes que no cumplieron el protocolo de TEC-M, reforzando la idea de que la recaída temprana de la sintomatología depresiva es común, incluso después de un tratamiento exitoso con TEC, a menos que se utilice alguna forma de terapia de continuación. De los 12 pacientes que completaron el protocolo de este autor, 11 permanecieron asintomáticos durante un período de seguimiento de 5 meses, indicando que la TEC-M podría ser una forma efectiva de tratamiento para prevenir la recurrencia aguda de los síntomas depresivos tras el tratamiento exitoso con TEC de un Episodio Depresivo Mayor.

Los hallazgos de Clarke son consistentes con estudios previos que demostraron la efectividad de la TEC-M. Así, Moore (1943) demostró el beneficio de la TEC-M para 62 pacientes con psicosis crónica; Stevenson y Geohegan (1951) estudiaron pacientes bipolares durante un período de 5 años. Sólo el 15% de los pacientes que cumplieron el tratamiento con TEC mensual fueron reingresados en el período de seguimiento. Por el contrario todos los pacientes que interrumpieron el tratamiento con TEC fueron internados de nuevo. Karliner y Werheim (1965) siguieron a 57 pacientes con enfermedad



psicótica (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y maníaco-depresivo) durante 6 años de TEC-M mostrando una tasa de recaída del 12% para los pacientes que completaron el tratamiento frente a unas tasas de recaída del 79% para los que no lo cumplieron.

Estos datos junto con los hallazgos de Clarke (1989) sugieren que los pacientes pueden ser mantenidos en tratamiento ambulatorio con TEC para prevenir recurrencias de Depresión Mayor. Clarke sugiere que las indicaciones para la TEC-M incluirían pacientes que no toleran o no responden a la medicación psicotrópica. La TEC-M también debería ser considerada para los pacientes con enfermedad severa recurrente que no cumplen los tratamientos o para los que tienen historia de intentos impulsivos de suicidio utilizando fármacos psicoactivos. Este autor sugiere que la TEC debería continuarse al menos 6 meses después de la resolución del episodio agudo. También suscribe la opinión de Prien y Kupfer's (1986) de que los pacientes deben estar libres de síntomas al menos 16 ó 20 semanas antes de interrumpir la administración de la TEC.

Duncan (1991) publica el caso de una mujer de 90 años con Depresión Mayor a la que se administró un total de 43 sesiones de TEC-M, durante un tiempo de 16 meses, con régimen flexible que seguía muy de cerca las

fluctuaciones en su estado. Tan pronto como el psiquiatra sospechaba la existencia de algún síntoma de depresión era internada para observación durante 24 horas. Si se confirmaba el reinicio de enfermedad depresiva, se le administraba un nuevo TEC. La frecuencia de TEC-M variaba de acuerdo con las necesidades: una sesión cada 1-3 semanas fue el tratamiento más frecuente. La paciente falleció a los 91 años de neumonía.

## INDICACIONES

En general, la TEC-M se justifica cuando hay episodios frecuentes de depresión mayor y la necesidad de alguna forma de tratamiento de mantenimiento a largo plazo está clara. La indicación de TEC-M está más clara cuando una enfermedad depresiva recurrente no responde a la farmacoterapia de mantenimiento o cuando la tasa riesgo/beneficio del tratamiento de mantenimiento con fármacos es menos favorable que la de la TEC-M.

Un requisito obvio para la introducción de la TEC-M es una respuesta completa en la fase previa aguda de depresión.

Las principales indicaciones reconocidas de la TEC de Mantenimiento se esquematizan en las tablas 1 y 2.

**Tabla1: Indicaciones para TEC de Mantenimiento (Kaplan,1997)**

Recurrencia rápida tras tratamiento con TEC
Enfermedad grave
Trastorno Depresivo mayor con síntomas psicóticos
Enfermedad de Parkinson
Recurrencia pese a un mantenimiento farmacológico adecuado
Intolerancia a la medicación de mantenimiento
Incumplimiento de las prescripciones farmacológicas
Antecedentes de mejor respuesta al TEC que

a los fármacos.

**Tabla 2.** *Criterios para la selección de pacientes en TEC-M (APA, 1990)*

1.-Antecedentes de enfermedad episódica recurrente que ha respondido a TEC
2.-La farmacoterapia sola no es eficaz en la prevención de recaídas o no puede ser administrada de forma segura o el paciente prefiere TEC-M
3.-El paciente está dispuesto a cumplir el plan terapéutico de TEC-M

### **Modo de administración**

La administración de la TEC sigue un modelo de *cirugía ambulatoria*. El paciente es admitido en el hospital específicamente para la administración de una sesión específica de TEC la tarde anterior o la mañana de la

administración del TEC y algunas horas después del tratamiento es remitido a su domicilio.

### **Frecuencia de administración**

El principio básico de administración de la TEC-M debería ser un régimen *flexible, altamente individualizado* (Duncan,1991). La flexibilidad fue identificada pronto como un requisito importante para la administración exitosa de la TEC-M. El psiquiatra que trata al paciente debe observar la respuesta al tratamiento de cerca y tomar la decisión de si continuar o no con la TEC-M *antes de cada sesión*.

Monitorizar la respuesta cognitiva es crucial y cualquier hallazgo psicopatológico inusual debe conducir a una *revisión* del plan de tratamiento. La frecuencia de las sesiones es, por tanto variable, iniciándose generalmente con una sesión semanal, que se irá espaciando progresivamente en función de la evolución. Se ha propuesto, a modo orientativo, una pauta de tratamiento semanal durante un tiempo aproximado de un mes, seguida de sesiones quincenales durante un tiempo similar, para pasar a continuación a administraciones de una sesión mensual hasta que se estabilice el paciente, así como diversas variantes de esta pauta.

La pauta de administración apropiada será la que consiga una *remisión sostenida* con la *mínima frecuencia* de sesiones de TEC.

### **Consentimiento por parte del paciente**

La TEC-M precisa para su administración de la obtención de consentimiento informado. Según algunos autores (Duncan, 1991) es esencial obtener consentimiento informado tanto al inicio del tratamiento como para *cada sesión* de tratamiento individual.

### **Prescripción**

Sorprendentemente, las implicaciones éticas de la TEC-M no han sido discutidas, incluso en las publicaciones más recientes. Como el TEC-M es una modalidad de tratamiento sin guías prácticas definidas, algunos autores sugieren que la decisión de prescribirlo en cada paciente sea tomada por *dos psiquiatras independientes*.

### *Exploraciones precisas durante el tratamiento*

En la tabla 2 se esquematizan las exploraciones complementarias que se precisan para la administración de la TEC-M y la frecuencia mínima con la que deben ser realizadas.

**Tabla 2.** Frecuencia mínima de exploraciones para la TEC-M (APA,1990).

<b>TIPO DE EXPLORACION</b>	<b>FRECUENCIA MINIMA</b>
<i>Exploración Psicopatológica</i>	Antes de cada sesión o, al menos 1 vez/mes
<i>Evaluación específica de función cognitiva</i>	Al menos cada 3 tratamientos
<i>Exploración Física</i>	Antes de cada sesión
<i>Hemograma y Bioquímica sanguínea</i>	Al menos cada 3 tratamientos
<i>Electrocardiograma</i>	Anual

## Aportaciones neuroendocrinológicas al estudio de la recaída post-TEC.

Un aspecto a investigar de forma prioritaria y que ha recibido relativamente poca atención en la literatura científica es el de cómo mejorar el pronóstico de los trastornos del ánimo severos, especialmente de aquellos pacientes tratados con TEC. A pesar de la gran cantidad de estudios sobre aspectos puntuales de modificaciones biológicas inducidas por la TEC, pocos trabajos se han enfocado hacia las *tasas de recaída* en relación con variaciones en parámetros biológicos.

Es probable que el estudio de la neurobiología de los pacientes remitidos para TEC proporcione información significativa. Se trataría de averiguar si los *correlatos biológicos* que se asocian con la propensión a la recaída pudieran ser utilizadas en la *monitorización* de la recuperación y, subsiguientemente, en la *selección de tratamientos* apropiados.

Desde el gran número de correlatos biológicos del Episodio Depresivo mayor, la polisomnografía y los tests neuroendocrinos han sido los más estudiados en cuanto a la identificación de los pacientes con Episodio Depresivo Mayor con riesgo de recaída tras un tratamiento exitoso con TEC.



## Polisomnografía

Las alteraciones en los estudios polisomnográficos de los pacientes con Episodio Depresivo Mayor derivados para TEC fueron descritas por varios autores (Grunhaus y Pande, 1994). Cerca del 70% de estos pacientes demostraron un aumento en la incidencia de los períodos REM al inicio del sueño en los estudios previos a la administración de la TEC. Sorprendentemente, aunque el sueño mejoró con la TEC se encontraron parámetros polisomnográficos alterados incluso en los pacientes que respondieron muy bien a la TEC. Cerca del 50% de los pacientes demostraron aumento en la incidencia de los períodos REM al inicio del sueño en los estudios post-TEC y tuvieron una probabilidad significativamente mayor, cerca al 70% de recaída que aquellos pacientes en los que no se demostraba esta alteración en la polisomnografía. Así, los estudios del sueño post-TEC podrían ayudar a identificar pacientes en elevado riesgo de recaída o recurrencia tras el TEC.

Otras variables polisomnográficas que han sido estudiadas para identificar pacientes con Episodio Depresivo Mayor en riesgo de recaída incluyen:

- El acortamiento de la latencia REM se ha visto que es más frecuente en pacientes que recaían después de tratamientos exitosos con fármacos antidepresivos (Giles y cols, 1987; Reynolds y cols, 1989).
- La disminución en la frecuencia de ondas delta durante el sueño, entre el primer y el segundo período REM, también se ha señalado como parámetro predictor de recaída en pacientes con Episodio Depresivo Mayor (Kupfer y cols, 1990).

A pesar de su potencial interés, ninguno de estos aspectos ha sido estudiado en pacientes tratados con TEC.

### Neuroendocrinología

Los estudios neuroendocrinológicos que tratan de indagar sobre aquellos aspectos que podrían predecir la recaída en pacientes tratados con TEC son los siguientes:

- Se han asociado los cambios en la respuesta al Test de supresión de Dexametasona con alto riesgo de recaída temprana en episodios depresivos, sin embargo, Ribeiro y cols (1993) sugieren que su estudio post-TEC no es útil en la identificación de pacientes con elevado riesgo de recaída. Las diferencias en el valor predictivo de este test en pacientes tratados con medicación frente a los tratados con TEC podría estar relacionado con

cambios en la biodisponibilidad de dexametasona documentada en los pacientes tratados con TEC (Devanand y cols, 1991).

- El test de supresión de Dexametasona puede no ser la única estrategia que involucre al eje hipotálamo-hipófiso-adrenal aplicable al estudio del pronóstico del Episodio depresivo mayor en su tratamiento con TEC. Cosgriff y cols (1990) informan que elevadas cifras de cortisol plasmático vespertino se asociaban con recaída 3 meses después de un tratamiento exitoso con TEC. Estos autores determinaron el cortisol plasmático vespertino en 13 pacientes que habían respondido a un tratamiento con TEC. En 3 meses de seguimiento 4 pacientes habían recaído.

- Son numerosos los autores que exploran la respuesta de la TSH a la TRH después de que los pacientes hubieran completado un curso con TEC, con resultados dispares. Kierkegard (1981) y Krog- Meyer (1984) comprueban que los pacientes cuya respuesta de TSH a la TRH permanecía igual tras el curso de la TEC recaían con mayor frecuencia especialmente durante los primeros 6 meses.
- Decina y cols (1986) concluyen que la respuesta de la TSH a la TRH no tiene valor predictivo en el pronóstico de la TEC; sin embargo el método de aplicación de la TEC utilizado por ellos, el

umbral y las múltiples estimulaciones eléctricas durante cada tratamiento parecen ser un factor relevante en la respuesta neuroendocrina. Tampoco Krog-Meyer y cols (1984) encontraron asociación entre la respuesta de la TSH a la TRH y el pronóstico evolutivo de estos pacientes.

## CONCLUSIONES

La TEC de Mantenimiento parece ser un tratamiento efectivo para la prevención de la recurrencia de la enfermedad depresiva mayor, incluso sin medicación psicotrópica.

La existencia de pacientes que sólo responden a la TEC-M como tratamiento de prevención de recaídas convierte en prioritaria la realización de investigación rigurosa, controlando los sesgos metodológicos, para determinar las indicaciones y las estrategias más apropiadas para la administración de este tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- ABOUH-SALEH, M.T.; COPPEN, A.J. (1988): Continuation therapy with antidepressants after convulsive therapy. *Convulsive Therapy*; 4: 263-268.
- ABRAMS, R. (1988): *Electroconvulsive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Task Force on ECT: The practice of ECT: recommendations for treatment, training and privileging*. Washington APA, 1990 (resumen de recomendaciones publicadas en *Convulsive Ther.* 1990; 6: 85-120).
- ARONSON T.A; SHUKLA, S. HOFF, A. (1987): Continuation therapy after ECT for delusional depression: A prognosis in Psychiatry. *Archives of General Psychiatry*; 42: 1193-1204.
- CLARKE, TB; COFFEY, E.; HOFFMAN, G.W., WEINER, R.D. (1989): *Continuation Therapy for Depression Using Outpatient Electroconvulsive Therapy*. *Convulsive Therapy*, 5 (4): 330-337.

- COPPEN, A.; ABOUH-SALEH, M.T.; MILLN, P. ; BAILY, J.; METCALFE, M.; BUYNS, B.H. ARMOND, A. (1981): Lithium continuation therapy following electroconvulsive therapy. Br. J. Psychiatry; 139: 284-287.
- COSGRIFF, J.P.; ABBOTT, R.M. OAKLEY-BROWNE, M.A., JOYCE, P.R. (1990): Cortisol hypersecretion predicts early depressive relapse after recovery with electroconvulsive therapy. Biological Psychiatry; 28: 1007-1010.
- DECINA, P. Y cols (1986): Effects of ECT on the TRH Stimulation Test. Psychoneuroendocrinology; 12: 29-34.
- DEVANAND, D.P; SACKEIM, H.A.; LO, E.; COOPER, T.; HUTTINOT, G. Y cols (1991): Serial Dexametasone supression tests and plasma dexametasone levels. Archives of General Psychiatry; 48: 525-533.
- DUNCAN, A..J.; UNGVARI, G.S.; RUSSELL, M.D.; SEIFERT, A.S.(1991): Maintenance ECT in Very Old Age. Case Report. Annals of Clinical Psychiatry; 2: 139-144.
- FINK, M. (1987): Maintenance ECT and affective disorders. Convulsive Therapy; 3: 249-250.

- GILES, D.E.; JARRET, R.B.; ROFFWARG, H.P. ; RUSH, A.J. (1987):  
Reduced rapid eye movement latency. A predictor of recurrence in  
depression. *Neuropsychopharmacology*; 1: 33-39.
- GRUNHAUS , L. ; SHIPLEY, J.E.; EISER, A.; PANDE, A.C.; REMEN,  
A. Y cols (1994): Shortened REM latency post-ECT is associated with the  
rapid recurrence of depressive smptomatology. *Biological Psychiatry*; 36:  
214-222.
- GRUNHAUS , L. ; SHIPLEY, J.E.; EISER, A.; REMEN, A.;PANDE,  
A.C.; Y cols (1994): The effects of age on sleep electroencephalographic  
changes during elctroconvulsive therapy. *American Journal of Geriatric  
Psychiatry*; 2:39-51.
- GRUNHAUS, L.; DOLBERG, O.; LUSTIG, M. (1995): *Relapse and  
Recurrence Following a Course of ECT: Reasons for Concern and  
Strategies for Further Investigation*. *Journal Psychiat. Res.*; 29 (3):165-  
172.
- GRUNHAUS, L.; PANDE, A.C. (1990): Full and abbreviated course of  
manteinance elctroconvulsive therapy. *Convulsive therapy*; 6: 130-138.

- IMLAH N.W., RYAN, E; HARRINGTON, J.A (1965): The influence of antidepressant drugs on the response to electroconvulsive therapy and on subsequent relapse rates. *Neuropharmacology*; 4: 438-442.
- KAPLAN H.I. Y SADOCK, B.J. (1997): *Tratado de Psiquiatría 6<sup>a</sup> Edición*,. Editorial Inter- Médica S.A.I.C.I. Buenos Aires.
- KARLINER, W. y WERHEIM, H.K. (1965): Maintenance convulsive treatment. *Am. J. Psychiatry*; 121: 1113-1115.
- KAY , D.W.K; KAHY, T.; GARSIDE, R.F. (1970): A seven month double blind trial of amitriptyline and diazepam in ECT-treated depressed patients. *British Journal of Psychiatry*; 117: 667-671.
- KRAMER, B.A.(1987): Maintenance ECT: A survey of practice. *Convulsive Therapy*; 3 :260-268.
- KROG-MEYER, I. Y cols (1984): Prediction of relapse with the TRH test and prophylactic amitriptyline in 39 patients with endogenous depression. *American Journal of Psychiatry*; 141: 945-948.
- KUPFER , D.J.; FRANDK E.; Mc EACHRAN, A.B.; GROCHOCINSKI, V.J.. (1990): Delta sleep ratio. A biological correlate of early recurrence in unipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*; 47: 110-1105.



- LANGER, G.; KOINING, G. HATZINGER, R. SHOENBECK, G. Y cols (1986): Response of thyrotropin to thyrotropin-releasing hormone as predictor of treatment outcome. Archives of General Psychiatry; 43: 861-868.
- LATEY, R.H. y FAHY, T.J. (1985): Electroconvulsive Therapy in the Republic of Ireland, 1982: a summary of findings. Vr. J. Psychiatry; 147:438-439.
- MOORE , N.P.(1943): The maintenance treatment of chronic psychotics by electrically induced convulsions. J. Ment. Sci; 89: 257-269.
- PIPPARD, J. (1992): Audit of electroconvulsive treatment in two National Health Service regions. Br. J. Psychiatry; 160: 621-637.
- PRIEN, R.F. ; KUPFER, D.J. (1986): Continuation drug therapy for major depressive episodes: How long should it be maintained? Am. J. Psychiatry; 143: 18-22
- REYNOLDS, C.F y cols (1991): Sleep in late life recurrent depression. Changes during early continuation therapy with nortriptyline. Neuropsychopharmacology; 5: 85-96.

- REYNOLDS, C.F.; PEREL, J.M.; Dens, W.; Imber, S., KUPFER, D.J. (1989): Open trial maintenance nortriptyline in geriatric depression: Survival analysis and preliminary data on the use of REM latency as a predictor of recurrence. *Psychopharmacology Bulletin*, 25: 129-132.
- RIBEIRO, S.C.M.; TANDON, R.; GRUNHAUS, L.; GREDEN, J.F. (1993): The DST as a predictor of outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*; 150: 1618-1629.
- ROTHSCHILD, A.J. y cols (1993): Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and 1-year outcome in depression. *Biological Psychiatry*; 34: 392-400.
- ROTHSCHILD, A.J.; SCHATZBERG, A.F. (1994): Diagnosis and treatment of psychotic depression. In L. Grunhaus & J.F. Greden (Eds). *Severe depressive disorders*. Washington, D.C. American Psychiatric Press.
- SACKEIM, H.A.; PRUDICK, J., DEVANAND D.P.; KIERSKY, J.E.; FITZSIMONS, L.; MOODY, B.J.; Mc ELLINEY, M.C.; COLEMAN, E.A.; SETTEMBRINO J. M. (1990): The impact of medication resistance and continuation pharmacotherapy on relapse following response to electroconvulsive therapy in major depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*; 10: 96-104.

- SCHATZBERG, A.F.; ROTHSCHILD, A.J.(1992): Psychotic major depression: Should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV?.  
*American Journal of Psychiatry*; 149: 733-745.
- SCHWARTZ, T.; LOWENSTEIN, J; ISENBERG, K.E. (1995):  
*Maintenance ECT: Indications and Outcome. Convulsive Therapy*, 11  
(1):14-23.
- SEAGER, C.R. y BIRD, R.L. (1962): Imipramine with electrical treatment in depression. A controlled trial. *Journal of Mental Science*; 108: 704-707.
- SPIKER, D.G.; STEIN, J.; RICH, C.L. (1985): Delusional depression and electroconvulsive therapy: one year later. *Convulsive Therapy*; 1 : 167-172.
- STEVENSON, G.H. y GEOHEGAN, J.J. (1951): Prophylactic electroshock. A five year study. *Am J. Psychiatry*: 107:743-748.
- THIENHAUS, O.J.; MARGLETTA, S.; BENNETT, P.D.: A Study of the Clinical Efficacy of Maintenance ECT. *Journal of Clinical Psychiatry*; 51(4): 141-144.

- THORNTON y cols (1990): A retrospective study of maintenance electroconvulsive therapy in a university-based psychiatric practice. *Convulsive Therapy*; 6: 121-129.
  
- WINOKUR, G.; CORYELL, W.; KELLER, M. ; SCHEFNER, W.A. (1990): Relationship of electroconvulsive therapy to course in affective illness: A collaborative study. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*; 240: 54-59.

**Dirección para correspondencia:**

M<sup>a</sup> del Carmen García Mahía

Servicio de Psiquiatría.Hospital General de Galicia

Santiago de Compostela

## Comentarios de libros

### **AIDS: THE ULTIMATE CHALLENGE**

*Elisabeth Kubler-Ross* . Collier Books, 1997

Conocida autora de “Sobre la muerte y los moribundos”, la Dra Kubler-Ross vuelve su mirada hacia el problema del SIDA. La finalidad de este libro es dar apoyo y consuelo a los enfermos terminales, especialmente durante los estadios finales de su vida, plantearse cuestiones sociales y morales de interés para todos, apoyar la investigación sobre el VIH y promocionar el desarrollo en el cuidado de estos pacientes terminales. En resumen, un libro repleto de historias personales, con una focalización especial en niños y bebés afectados por esta patología.

### **SURVIVING SCHIZOPHRENIA: A MANUAL FOR FAMILIES CONSUMERS AND PROVIDERS.**

*E. Fuller Torrey*. Harperperennial Library. 3ª Edición, 1995

Es un manual indispensable para entender la esquizofrenia, dirigido a pacientes, familiares y profesionales de la Psiquiatría.

**ORIGINS AND DEVELOPMENT OF SCHIZOPHRENIA. ADVANCES  
IN EXPERIMENTAL PSYCHOPATHOLOGY**

*Mark F. Lenzenweger and Robert H Dworkin.* Amer Psychological ASSN,  
1998

De reciente aparición presenta una actualización de conceptos en el campo de la fenomenología de la esquizofrenia.

**PSYCHOPATHOLOGY: THE EVOLVING SCIENCE OF MENTAL  
DISORDER**

*Deborah L Levy et al..* Cambridge Univ Press, 1996

El estudio de la enfermedad mental está evolucionando rápidamente desde una disciplina inicialmente descriptiva a una ciencia madura con fuertes correlatos biológicos, que incorpora asimismo datos sociales y de desarrollo. Este libro combina los datos obtenidos en varios campos de la investigación para

presentar una obra de investigación sobre psicopatología. Autores de prestigio colaboran en su elaboración, presentando datos de mecanismos cerebrales, desarrollo, pensamiento y genética en este trastorno. El resultado es un libro dirigido a estudiosos de la psiquiatría, ciencias cognitivas y neurociencia.

## **BIPOLAR DISORDER**

*L Trevor Young and Russell T Joffe. Marcel Dekker*

Este libro, eminentemente práctico, proporciona una revisión crítica de las bases biológicas del trastorno bipolar, relacionando los modelos teóricos con los hechos clínicos prácticos y proporcionando una base sólida para las intervenciones terapéuticas en el Trastorno bipolar. Dirigido a psiquiatras, neurólogos, farmacólogos y profesionales de las neurociencias.

## **BIPOLAR DISORDERS:CLINICAL COURSE AND OUTCOME**

**(Clinical Practice)**

*JF Goldberg and M Harrow. Amer Psychiatric Press, 1998*

Revisión sobre el tema de reciente aparición



## **LITHIUM AND MANIC DEPRESSION. A GUIDE**

*J Bohn and JW Jefferson. Dean Foundation, 1996*

Guía de fácil manejo, sobre una terapéutica ya clásica, sin otras pretensiones que exponer de un modo claro y sencillo los protocolos de manejo del fármaco

## **“EL TREN”. UN JUEGO PARA LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL**

**AUTOR: Alejandro Torres Carbajo. Psicólogo Clínico**

“EL TREN”, más que un juego, es un **programa de rehabilitación** construido para trabajar y entrenar distintas **habilidades** importantes en la recuperación del enfermo esquizofrénico. Como **juego**, representa un viaje en ferrocarril, de ahí su nombre, en el que en cada estación sucede algo, se plantea un problema, que se soluciona o se complica más en la siguiente estación y así hasta llegar al final, afrontándose cada situación de diversas maneras.

A través de este juego se desarrollan programas de habilidades sociales, resolución de problemas, análisis y discriminación de situaciones positivas y negativas, psicoeducación, habilidades de comunicación, automanejo de medicación, autocuidados y rehabilitación cognitiva.

Se desarrolla en **grupo**, y está orientado a pacientes deficitarios en período de rehabilitación en distintos grados de su evolución. Después de haber sido ensayado en un elevado número de sesiones y con diferentes pacientes, hemos comprobado que se puede aplicar en **todos los dispositivos**, alcanzando su máximo rendimiento en unidades de rehabilitación, hospitales de día, y todos los dispositivos del área sociosanitaria, pero también -adecuando su manejo- es utilizable en una unidad de agudos. En función del déficit, capacidades y autonomía, el **terapeuta manejará el juego** con el fin de que el sujeto se motive y avance y sea en sí rehabilitador.

Así pues, este juego trata de sintetizar **la diversión y el aprendizaje** de habilidades. La diversión, en la forma, a través del juego; y las habilidades, en el contenido, por medio del desarrollo de los diversos programas de rehabilitación. En sí mismo es como el repaso o complemento de los aprendizajes que el paciente desarrolla más sistemáticamente y de manera más ordenada en el programa correspondiente.

Posibilita al personal realizar una tarea terapéutica y al mismo tiempo lúdica y mantiene a **quince pacientes** en grupo concentrados en la tarea durante una hora, arrancando un sentimiento de diversión en el psicótico y también en el personal.

Contiene un **TABLERO**, de 1 metro cuadrado, con 4 áreas de colores en las que se mueve cada equipo.

**Tarjetas de juego** que llevan la misma numeración que las estaciones del tablero y son las que describen las situaciones que se van sucediendo en cada una de las estaciones.

**Tarjetas de Pruebas** cuyo contenido son problemas de tipo cognitivo.

**Tarjetas de Puerta de Salida** que contienen diversos programas y se resuelven realizando el role playing correspondiente.

**Estrellas** que cada equipo puede ganar al responder a una prueba de tipo cognitivo. El número de estrellas conseguido es el que sitúa a cada equipo en su lugar de ganador.

Los distintos programas de rehabilitación que el juego contiene , a través de sus 213 estaciones, se desglosan de la siguiente manera:

**60 módulos de Habilidades Sociales**

**17 módulos de Resolución de Problemas**

**13 módulos de técnicas de Afrontamiento**

**17 módulos de Psicoeducación**

**20 módulos de Área Social**

**236 pruebas Cognitivas**, que abarcan las siguientes áreas:

- \* Atención sostenida/ dividida
- \* Memoria
- \* Cálculo
- \* Jerarquías conceptuales
- \* Razonamiento analógico/ abstracto/ deductivo/ interferente
- \* Polisemias

### \* Construcción de frases/ temas

Tanto las pruebas, como el role playing exigido en alguna de las tarjetas, se pueden adaptar a las características del dispositivo, patología o programas que, en su trabajo diario el terapeuta esté desarrollando.

Manteniendo la base y su estructura, el juego permite flexibilizarse a criterio del terapeuta, en función del grupo de pacientes con el cual se esté trabajando.

### **REFERENCIAS**

- Aldaz J. A., Vázquez C. (comps.). “*Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*”. Siglo XXI (1.996).
- Anderson, C. et al. “*Esquizofrenia y Familia. Guía práctica de psicoeducación*”. Amorrortu (1988).
- Birchwood, M. et al. “*El tratamiento psicológico de la Esquizofrenia*”, Ariel (1995).
- Caballo, V. “*Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*”, Promolibro (1987).
- Caballo, V. et al. “*Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psiquiátricos*”. Siglo XXI (1996).
- Christensen A. “*El examen neuropsicológico de Luria*”, Pablo del Rio (1974).
- Fallon, Y. et al. “*Family care of schizophrenia*”. Guilford Press (1984).
- Goldstein, A.P., Sprafkin, R.P., Gershaw, N.J. y Klein, P. “*Habilidades sociales en la adolescencia*”, Martínez Roca (1981).
- Liberman R.P., “*Effective Psychiatric Rehabilitation*” Jossey-Bass Publishers (1992).
- Liberman, R.P., et al.: “*Social skills training for psychiatric patients*”, Pergamon, N.Y. (1989).
- Liberman R.P. “*Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*”, M. Roca (1993).
- Olivares JM, Berrios GE: *Anhedonia: Clinical and Neurobiological aspects*. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2 (3): 157-171 (1998).
- Perris, C. “*Cognitive Therapy for Patients with Schizophrenia*”. New York (1989).
- Rebolledo, S. y Lobato M.J. “*Cómo afrontar la esquizofrenia.. Guía para las familias*”. Fundación ONCE (1994).
- Roder V., Brenner H. “*Terapia integrada de la Esquizofrenia*”. Ariel, (1.996).
- Ruiz-Vargas J.M. “*Esquizofrenia: un enfoque cognitivo*”. Alianza (1987).
- Shepperd, G. “*Institutional Care and Rehabilitation*”. Longman. New York (1984).
- Torres A. “*Manual práctico de rehabilitación en la esquizofrenia*”. Monografía de la Rev. de la Asociación gallega de psiquiatría. (1997).
- Werbart A. y Cullbergh (eds.), “*Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and Obstructive Factors*”. Oslo: Scandinavian University Press (1992).
- Wing, J. et al. “*Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*”. Oxford University Press (1981).

#### **INFORMACIÓN ADICIONAL:**

Edita y distribuye para España: Janssen-Cilag, S.A.

Correspondencia:

Alejandro Torres

Hospital de día. Psiquiatría

Hospital Xeral- Cíes

Pizarro 22. 36203 Vigo

email: atorres@correo.cop.es