

CALIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS AFECTADAS POR TRASTORNO BIPOLAR

RAQUEL DÍAZ GONZÁLEZ
ANA BELEN GONZALEZ ANGULO
ALEJANDRA PAÑOS TRILLO

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

Calidad y seguridad en pacientes embarazadas afectadas por Trastorno Bipolar

Autor principal RAQUEL DÍAZ GONZÁLEZ

CoAutor 1 ANA BELEN GONZALEZ ANGULO

CoAutor 2 ALEJANDRA PAÑOS TRILLO

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Palabras clave embarazo trastorno bipolar teratogénesis seguridad

» Resumen

El pico de incidencia del Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) es típicamente en la 3ª década de la vida, por lo que es esperable que un importante número de mujeres con TAB quede embarazada.

Si a los propios efectos de la enfermedad, sumamos el potencial efecto teratógeno que tienen la mayoría de los fármacos con los que son tratadas, nos hace que nos planteemos un control más riguroso en cuanto a la seguridad de este tipo de pacientes.

Este estudio explora el proceso de la mujer embarazada con TAB y la calidad de sus cuidados, yendo más allá de la prescripción farmacológica, puesto que a pesar de que los fármacos pueden producir importantes efectos teratógenos, los consejos sanitarios no suelen ser tenidos en cuenta. De esta manera enfermería posee un área más amplia de actuación, abordándola desde una perspectiva integral. De igual forma se puede hacer un seguimiento más exhaustivo antes de que se produzca el embarazo y durante el mismo. Guiaremos a la mujer en este proceso tan complicado que se produce cuando coexiste la enfermedad mental crónica con el deseo de ser madre.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La gestación causa cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos en el cuerpo. Estos cambios orientan a la importancia de tener precauciones a la hora de prescribir durante el embarazo, la necesidad de dosis menores y monoterapia. Es imprescindible un seguimiento regular por parte del equipo asistencial (en nuestro caso por parte del personal de enfermería) debido a los posibles efectos colaterales tanto para la madre como para el feto, así como un seguimiento estrecho por parte del personal de enfermería que mejorará la calidad de los cuidados hacia este tipo de pacientes así como su seguridad. Siendo vital la información continuada hacia la paciente y su pareja/familia.

Aunque el riesgo de recaída del TAB durante la gestación ha sido hasta ahora pobremente caracterizado, varios estudios han identificado que en ausencia de farmacoterapia continua, el 50-60% de mujeres recaen durante el embarazo. Las tasas de recaídas son más altas después de la retirada abrupta de Litio, habiendo que retirarlo paulatinamente. Por lo tanto si es un embarazo planificado nos permite esta posibilidad; por el contrario, si no lo es, habría que retirarlo de inmediato, por su alto poder teratógeno.

El período postparto es considerado como un estadio de gran riesgo para la exacerbación de los síntomas; existe un riesgo 7 veces mayor para un primer episodio y 2 veces mayor para un episodio recurrente en las puérperas, comparadas con las mujeres no embarazadas.

En un estudio llevado a cabo por Jablensky en 2005, las mujeres con TAB tenían una probabilidad significativamente mayor que las del grupo control de sufrir complicaciones, como placenta previa o hemorragias, así como una mayor tendencia de sufrir distrés fetal. También concluyeron, que una gran parte de los riesgos están probablemente relacionados con su trastorno mental.

Embarazo y parto favorecen la ciclación rápida en mujeres que padecen TAB. Hay un mayor riesgo de recurrencia en embarazos posteriores, sobre todo manifestado como episodios depresivos. Las descompensaciones aconsejan ingreso en hospital con unidad de toco-ginecología y que disponga de unidad de TEC.

Viguera y colaboradores encuestaron a 70 mujeres bipolares que buscaron consejo antes del embarazo. El 45% había recibido la recomendación de evitar el embarazo por parte de algún especialista en salud mental, sin embargo, el 63% decidió llevar a cabo el embarazo. Aparte, la mitad de los embarazos no son planeados, y por lo tanto, cada año miles de mujeres exponen sus fetos a fármacos antes de saber que están embarazadas.

Todos los psicofármacos atraviesan rápidamente la placenta y ninguna droga psicotrópica ha sido aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los EEUU (FDA) para uso durante el embarazo. La organogénesis toma lugar dentro de las primeras 12 semanas después de la concepción; sin embargo, a menudo el embarazo no es diagnosticado hasta las 6 u 8 semanas, durante las cuales han ocurrido etapas críticas en el desarrollo de los órganos.

Según un estudio del Programa de Psiquiatría del Hospital de Massachusetts (1997-2000), que fue diseñado para determinar la información relativa a las decisiones de reproducción para poder dar información fiable sobre los riesgos asociados al mantenimiento o suspensión del tratamiento farmacológico. El objetivo principal no es imponer un tratamiento, sino darles todos los datos que precisen para poder tomar una decisión adecuada. La mayoría de las encuestadas citaron preocupaciones sobre los riesgos de efectos teratogénicos; así como el riesgo de recurrencia de una descompensación de su patología tras el abandono de la medicación.

La investigación realizada por Lehard en 139 bipolares embarazadas mostró que el 45% presentó problemas emocionales severos durante el embarazo o durante el primer mes del puerperio; en tanto que Reeman afirma que el 50% se tornan sintomáticas durante el embarazo.

El 30% de los esposos estaban en desacuerdo con sus esposas en vista del riesgo de recaída postparto. Además el bajo éxito de las orientaciones o consejos sanitarios hace importante conocer el significado del embarazo para estas mujeres.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Objetivo general:

-Explorar las expectativas y vivencias durante el embarazo en pacientes con Trastorno Bipolar, con fin de aumentar en la medida de lo posible su seguridad y la calidad de los cuidados enfermeros durante este complicado proceso.

Objetivos específicos:

-Conocer la valoración de los consejos sanitarios que reciben, para poder proporcionar una correcta educación para la salud.

-Valorar la importancia de los cuidados enfermeros en relación con la farmacoterapia, incrementando así la calidad asistencial.

-Explorar los sentimientos que genera esta situación en las mujeres y evaluar si existen alteraciones anímicas durante el embarazo.

El trastorno afectivo bipolar (TAB) es un trastorno del estado de ánimo que cuenta con períodos de depresión (fases depresivas) alternados con episodios de gran euforia (fases maníacas). Hay variaciones de este trastorno; los estados de ánimo pueden cambiar rápidamente (en un año 4 o más cambios de ánimo) hablaríamos de cicladores rápidos (más frecuente en mujeres); como también pueden aparecer ciclos lentos. Estos patrones de cambio son asociados con ansiedad y alto riesgo de suicidios. Aunque el trastorno bipolar tipo I afecta a ambos sexos por igual, el tipo II parece afectar con mayor frecuencia a las mujeres. En el tipo I predomina la manía, mientras que en el tipo II predomina la depresión. Como el pico de incidencia del trastorno se presenta típicamente en la 3ª década de la vida, es esperable que un importante número de mujeres con TAB quede embarazada. Su prevención y tratamiento son particularmente importantes y complicados para la mujer en edad reproductiva. Muchos de estos embarazos no son planificados, dado que las mujeres con TAB, presentan riesgos conductuales asociados al trastorno (promiscuidad sexual, ausencia de precauciones anticonceptivas) durante las fases maníacas e hipomaniacas. Además hay determinados fármacos como la Carbamazepina que incrementan el metabolismo de los contraceptivos orales; por lo que las mujeres que tomen dichos fármacos no deben fiarse de estos métodos, utilizando otros de barrera. También habrá que considerar la retirada de fármacos asociados a problemas reproductivos.

Otros fármacos que pueden producir importantes malformaciones congénitas:

Litio: Su uso produce riesgo cardiovascular 10-20 veces mayor al de la población general. Con lo cual se debe evitar la exposición durante el período de organogénesis, salvo en casos excepcionales en los que la gravedad del TAB justificara su uso. Los niveles de litio pueden afectarse con el vómito, la ingesta de sodio, etc; por ello precisa monitorización. Si se decide continuar la litoterapia, no se debe recomendar dietas bajas en sodio ni diuréticos. El aclaramiento de litio durante el embarazo puede llegar a multiplicarse por 2, y ser indispensable aumentar la dosis diaria de litio. Para evitar niveles máximos plasmáticos, se recomienda repartir las dosis en 3 o 4 administraciones diarias, utilizando una preparación de liberación retardada. Se recomienda practicar una litemia mensual durante el curso de la gestación. No se recomienda dar el pecho mientras la madre es tratada con Litio, porque la leche contiene entre un 30-100% del nivel plasmático.

Anticonvulsivantes: Algunos de estos representan mayor riesgo teratógeno que el litio, se asocian a defectos del tubo neural, así como malformaciones craneofaciales. La Carbamazepina puede provocar niveles más bajos de vitamina K dependiente de factores de coagulación por la inducción enzimática. Se pueden prevenir las hemorragias si la madre toma vitamina K durante las 36 semanas de gestación y si al bebé se le administra vitamina K inmediatamente después del parto.

Antidepresivos: Entre los riesgos detectados se encuentran muerte intrauterina, alteraciones del crecimiento, toxicidad neonatal, etc. En cambio, al no tratar a una mujer en fase depresiva, podría llevar a la aparición de neonatos de bajo peso, falta de cuidados por parte de la madre y riesgo de suicidio. Los fármacos más seguros serían los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) y dentro de los Tricíclicos, la Nortriptilina. Los IMAO (Inhibidores de la enzima monoaminoxidasa) estarían contraindicados, ya que se han descrito numerosos casos de anomalías y muerte fetal. Aproximadamente desde los 15 días antes de la fecha prevista del parto, no se recomienda el uso de ningún antidepresivo, ya que pueden condicionar la aparición de un Síndrome de abstinencia en el recién nacido.

Antipsicóticos: Se utilizan para tratar los síntomas psicóticos del TAB, o como alternativa al litio en el tratamiento de la manía. Son preferibles los de potencia elevada, ya que tienen asociados menores efectos anticolinérgicos, antihistamínicos e hipotensores.

Benzodiazepinas: Estudios recientes no muestran incrementos significativos de defectos específicos, ni mayor incidencia de malformaciones en general.

TEC (Terapia Electroconvulsiva): Es una alternativa al tratamiento de la manía grave o de la depresión durante el embarazo. Se deben utilizar agentes anestésicos de corta duración así como asegurar una adecuada oxigenación, evitar la hiperventilación y facilitar una perfusión placentaria elevando la cadera derecha. El músculo uterino no se contrae rutinariamente durante una convulsión. Sin embargo, se han observado algunos casos después de la TEC. Estas contracciones no necesariamente conducen a parto prematuro. Las mujeres desnutridas o deshidratadas son más vulnerables. El umbral convulsivo puede ser disminuido por los estrógenos e incrementado por la progesterona, los cambios que se producen en el embarazo, pueden teóricamente aumentar el umbral convulsivo, haciendo necesario ajustar el estímulo eléctrico durante el procedimiento. No hay evidencia de alteraciones en niños cuyas madres fueron tratadas con TEC.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Conclusiones:

El tema del embarazo en la paciente bipolar es algo que sólo se ha tratado desde el punto de vista farmacológico. Es un campo poco explorado, por eso radica la importancia de este estudio. Pensamos que es relevante conocer la vivencia de estas mujeres en este proceso de su vida, y observarlas desde un punto biopsicosocial, es decir, no limitarnos a un simple tema de farmacología, sino hacer un abordaje integral de la persona y actuar multidisciplinariamente. Se contrastarán las connotaciones positivas de la maternidad con las connotaciones negativas que suscita la realidad de la enfermedad mental crónica, puesto que es una realidad que coexiste en un gran número de casos. Dado que la enfermedad mental de las madres representa un riesgo para los hijos resulta crucial estudiarlas en este punto tan trascendental.

Desde el punto de vista de la Enfermería, al no poder prescribir fármacos, tendríamos una mayor área de actuación sobre la paciente y podríamos aportar información para que los planes de cuidados que se realicen en un futuro con estas pacientes sean más completos. Vista la grave repercusión que pueden conllevar los fármacos y la poca aceptación de los consejos sanitarios, nos ayudaría a conocer cuáles son las expectativas de estas mujeres respecto al embarazo, y cómo tendrían que darse los consejos sanitarios para poder llegar a abordarlas de una forma más idónea. Además el personal de enfermería podrá captar todas sus preocupaciones y dudas acerca del embarazo en relación con su enfermedad. Por lo tanto, este estudio además de proporcionarnos una información más amplia sobre el tema, permite la posibilidad de realizar estudios futuros más complejos.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Estigmas sociales ligados a la enfermedad mental así como la todavía incapacidad por parte del personal de enfermería a la prescripción medicamentosa. Centrándonos por tanto en el estudio bibliográfico y la revisión de los efectos adversos de determinados fármacos usados como terapia en esta enfermedad; así como en los cuidados de enfermería durante el seguimiento del embarazo como en cualquier otro caso de embarazo pero teniendo en cuenta el difícil proceso que va ligado con su enfermedad.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Como ya hemos expresado sería fundamental durante el estudio exploratorio la participación de los pacientes así como de sus cónyuges.

» Propuestas de líneas de investigación.

Tipo de estudio: estudio exploratorio.

Población a estudio: Mujeres en edad fértil que padezcan Trastorno Bipolar y tengan deseo de tener hijos o ya estén embarazadas.