



TEMA 2-2019:

Trastorno bipolar en el embarazo

Recibido: 15/06/2019

Aceptado: 26/04/2019

¹ Yendry Segura Villalobos

² Edwin Salas Jiménez

³ Johanna Vindas Porras

⁴ Laura Rojas Ugalde

¹ Médico General. Universidad de Costa Rica. Correo: dra.seguravillalobos@gmail.com

² Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Costa Rica

³ Médico General. Universidad de Costa Rica.

⁴ Médico General. Universidad de Costa Rica.

Resumen

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica que se caracteriza por fluctuaciones del estado de ánimo con alternancia entre períodos de manía y de depresión. Afecta aproximadamente a un 1% de la población y se presenta durante los años reproductivos de la mujer. Durante el embarazo tiene efectos negativos en el desarrollo del niño, y representa un periodo de mayor peligro para la mujer por el riesgo de recaídas, aumentando la probabilidad de abuso de sustancias, suicidio e infanticidio. El diagnóstico es el paso más importante del manejo, ya que los tratamientos a utilizar son más complicados que los tratamientos de otros trastornos psiquiátricos. Los fármacos mayormente usados en el trastorno bipolar durante el embarazo comprenden el litio, la lamotrigina y los antipsicóticos de segunda generación. El propósito de este artículo es informar al personal médico sobre la patología, los riesgos de la no medicación y los retos que conlleva el tratamiento.

Palabras clave

Trastorno bipolar; embarazo; postparto; lactancia; litio; lamotrigina; antipsicóticos; antidepresivos.

Abstract

Bipolar disorder is a chronic disorder characterized by unusual intense mood shifts ranging from mania to depression. It affects an important percentage of the world population, and to women in their reproductive years. In pregnancy, it has deleterious effects on the fetus development, and it represents a big risk for the mother: self-injury, drugs abuse and suicide. Diagnosis is the most challenging step in management, because it determines the treatment plan, which is completely different than other psychiatric disorder plan. Common drug classes used in pregnancy are lithium, atypical antipsychotics and lamotrigine. The purpose of this article is to inform about this mental illness, the risks of non-medication and the challenges involved in the treatment.

Key words

Bipolar disorder; pregnancy; postpartum; breastfeeding; lithium; lamotrigine; antipsychotics; antidepressants

Introducción

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica caracterizada por fluctuaciones en el estado de ánimo y en la energía. Afecta a más de un 1% de la población mundial, representa una de las principales causas de discapacidad entre personas jóvenes, llevando a alteraciones cognitivas y funcionales y un incremento en la mortalidad particularmente por suicidio ⁽¹⁾.

La prevalencia en los Estados Unidos es de alrededor de 4.4%. Tanto los hombres como las mujeres tienen una incidencia similar en el trastorno bipolar, sin embargo, las mujeres tienen una tendencia mayor a episodios depresivos, translocaciones rápidas entre depresión y manía (cicladores rápidos), y episodios mixtos de depresión y manía (estados mixtos) ⁽²⁾.

Además de ser uno de los desórdenes psiquiátricos más heredables, es afectado por la interacción del ambiente en el que se desarrolla la persona. Muchos alelos de riesgo de pequeño efecto, que se superponen parcialmente con la esquizofrenia (p. Ej., CACNA1C, TENM4 y NCAN) y se describen en estudios de asociación de genoma completo, contribuyen al riesgo poligénico de trastorno bipolar ^(1,3).

La edad promedio de diagnóstico en las mujeres es a los 20 años, por lo que se ven afectadas a través de su vida reproductiva. El embarazo es un periodo vulnerable para la aparición o recurrencia de la enfermedad. Las enfermedades mentales aumentan el riesgo de suicidio en el periodo perinatal; y de psicosis y deterioro en su estado de ánimo en el postparto, con un riesgo 7 veces mayor de ser hospitalizadas, en comparación con mujeres no embarazadas ^(2,4).

Es de vital importancia conocer esta patología ya que en las mujeres embarazadas tiene efectos dañinos en el nacimiento y desarrollo del niño, y está asociado con lesiones auto infringidas, abuso de sustancias, suicidio e infanticidio. El trastorno bipolar ocurre en 23% de las mujeres embarazadas con un tamizaje positivo para depresión y las barreras que experimentan estas, pueden ser diferentes que las que enfrentan las mujeres con depresión unipolar. El trastorno bipolar requiere un tratamiento diferente y es particularmente complejo y desafiante en el periodo perinatal ^(2,5).

El trastorno bipolar no tratado o tratado deficientemente, está asociado con mal resultado perinatal, independientemente de la exposición a los fármacos, incluyendo nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino, pequeño para la edad gestacional, y trastornos en el desarrollo neurológico.

Las mujeres no tratadas tienen más riesgo de conductas de riesgo como poco compromiso con el cuidado prenatal, mala nutrición, conductas sexuales de riesgo y uso de drogas, que ponen en peligro al feto. La disfuncionalidad puede resultar en pérdida de empleo, de los beneficios de salud y del apoyo social. Por tanto, los riesgos biológicos y psicosociales son justificación suficiente para tomar los riesgos de la exposición del feto a los medicamentos ^(2,5).

Factores de Riesgo

La contribución de los factores genéticos, han sido estudiados durante mucho tiempo, el riesgo para gemelos monocigóticos es de entre 40 y 70%, y el riesgo de sufrir la enfermedad en familiares de primer grado es de 5 a 10%; alrededor de siete veces mayor que el riesgo de la población general. Además, los familiares de los pacientes con trastorno bipolar también son más propensos a desarrollar depresión unipolar, esquizofrenia y autismo ^(1,3).

Entre los factores ambientales, a nivel prenatal, se ha estudiado la relación existente entre las infecciones prenatales por *Toxoplasma gondii*, por citomegalovirus, por influenza y la exposición al fumado materno con el desarrollo del trastorno bipolar, sin embargo, los riesgos son bajos e inconsistentes ⁽³⁾.

En cuanto a factores postnatales, el maltrato emocional, abuso sexual y la negligencia sufrida en la infancia se encuentran muy relacionados con el desarrollo de trastorno bipolar. Adicionalmente están asociados con resultados clínicos adversos, episodios más severos y frecuentes, con inicio temprano de la enfermedad y un aumento en el riesgo de suicidio ⁽³⁾.

También hay evidencia de eventos específicos de la vida que confieren un riesgo de bipolar, como la pérdida parental temprana. Cada vez hay más evidencia de que el consumo de cannabis puede actuar como factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad bipolar así como de trastornos psicóticos. El consumo de alcohol y de opioides también son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. El consumo de cocaína, por ser una droga de acción estimulante, puede precipitar síntomas maníacos, y hacer mal diagnosticar un trastorno bipolar ⁽³⁾.

Algunas comorbilidades médicas se han visto asociadas con el trastorno bipolar como el síndrome de intestino irritable, asma, traumas craneales, migraña, obesidad, esclerosis múltiple, trastornos de ansiedad y el trastorno de déficit atencional ⁽³⁾.

Diagnóstico

El paso más importante en el manejo es confirmar que el diagnóstico de Trastorno Bipolar sea el correcto ⁽⁶⁾. El Cuestionario de Trastornos del Estado de Ánimo (Mood Disorder Questionnaire (MDQ)), es un autoinforme para trastorno bipolar que tarda aproximadamente 5 minutos en completarse. El MDQ incluye 13 síntomas, la sincronización de los síntomas y el grado de deterioro. Una prueba positiva incluye la aprobación de siete síntomas que ocurren al mismo tiempo con deficiencias moderadas o graves ^(1,2,6). La evaluación psiquiátrica es el siguiente paso para los pacientes con un tamizaje positivo en el MDQ. Cuando los servicios de psiquiatría no están disponibles, los ginecobstetras son los encargados de iniciar el tratamiento ⁽²⁾.

Clasificación del trastorno bipolar

Los trastornos afectivos pueden clasificarse en un espectro definido por la extensión y severidad del trastorno del estado de ánimo: unipolar, bipolar I y bipolar II. Las personas con trastorno unipolar presentan solo episodios depresivos, y las personas con bipolar II o I presentan tanto episodios depresivos como episodios maníacos ⁽¹⁾.

El trastorno bipolar tipo I es diagnosticado en pacientes quienes han tenido al menos un episodio maníaco, consistente en euforia, irritabilidad o ambos por al menos una semana con al menos otros tres síntomas de manía (grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, aumento del habla, pensamientos acelerados, distracción, aumento de la actividad dirigida hacia el objetivo y actividades placenteras de alto riesgo) que resultan en un deterioro funcional marcado ⁽⁷⁾.

El trastorno bipolar tipo II se diagnostica en pacientes quienes ha tenido episodios de depresión e hipomanía, definida como al menos 4 días de síntomas maníacos que resultan en deterioro funcional ⁽⁷⁾.

El ciclador rápido es quien presenta al menos 4 episodios en un año que comprenden los criterios para manía, hipomanía, o depresión mayor, mientras que el fenotipo mixto se define como episodios, sean maníacos, hipomaníacos o depresivos, mezclados con 3 síntomas del polo opuesto. Ambos son clínicamente importantes ya que han sido asociados a un pronóstico más severo, episodios frecuentes y prolongados y aumento de riesgo de suicidio ⁽¹⁾.

Diagnóstico diferencial

Solo el 20% de los pacientes con trastorno bipolar que tienen un episodio depresivo, se diagnostican con trastorno bipolar dentro del primer año de tratamiento. El retraso medio entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico es de 5 a 10 años. Los diagnósticos diferenciales más comunes son el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad, el uso indebido de sustancias, el trastorno de personalidad y, en niños, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el trastorno de oposición desafiante; diagnósticos que suelen ser coexistentes con la bipolaridad ⁽¹⁾.

Manejo Terapéutico

El momento ideal para discutir sobre el manejo del trastorno bipolar en el embarazo sería antes del mismo, es decir en una consulta preconcepcional. La organogénesis se da en el primer trimestre y la exposición a estos medicamentos se da, en muchos casos, antes de que el embarazo sea confirmado. Se estima que el 50% de los embarazos son no planeados en la población general y para mujeres entre los 20 y 34 años se estima que puede ser mayor ⁽⁸⁾.

Una de las razones por las que se dan embarazos no deseados en este grupo de pacientes es porque existen interacciones significativas entre los estabilizadores del estado de ánimo y los anticonceptivos hormonales. Los estabilizadores del ánimo como la carbamazepina y la oxcarbazepina aumentan el aclaramiento de los anticonceptivos hormonales. Mediante un mecanismo diferente, la lamotrigina también puede reducir la eficacia de los anticonceptivos orales combinados, aunque no se conoce bien el mecanismo. Aunque algunos médicos compensan esto subiendo las dosis de los anticonceptivos, no hay una dosis establecida que asegure una anticoncepción eficaz. Los métodos alternos para la anticoncepción son inyecciones de acetato de medroxiprogesterona, T de cobre y sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel ⁽⁷⁾.

Los anticonceptivos también pueden alterar las concentraciones de los estabilizadores de ánimo. El aclaramiento de la lamotrigina y del valproato aumenta sustancialmente con el uso de anticonceptivos con estrógeno, por lo que los niveles del medicamento en plasma son considerablemente menores.

Por esto se recomienda anticonceptivos de solo progesterona. Otros factores que influyen en el embarazo no deseado incluyen comportamientos sexuales de riesgo y la poca adherencia a los regímenes de medicación ⁽⁷⁾.

Idealmente las mujeres con trastorno bipolar que desean embarazo, deben ser identificadas durante el periodo preconcepcional y tener un control óptimo de su patología de al menos 6 meses libre de crisis ⁽⁶⁾.

Esta consulta permite que discutir con la paciente los riesgos y beneficios de los medicamentos durante el embarazo y del embarazo por sí mismo. Algunas pacientes buscan otras alternativas para establecer una familia después de recibir asesoramiento sobre la posibilidad de recaídas durante el embarazo, y más aún, durante el posparto. Los factores psicosociales, incluidas las relaciones sociales, el apoyo familiar y las finanzas, deben abordarse cuando sea posible ⁽⁶⁾.

El litio, los anticonvulsivos como la lamotrigina y la carbamazepina, y los antipsicóticos de segunda generación como la olanzapina, aripiprazole, quetiapina y risperidona, tienen indicación por la FDA para el tratamiento del trastorno bipolar. El litio y los anticonvulsivos son tratamientos de mantenimiento para prevenir episodios maníacos y depresivos. De igual manera, los antipsicóticos de segunda generación se pueden prescribir como tratamiento de mantenimiento sin embargo también son efectivos para episodios agudos de manía ⁽²⁾.

Aunque el ácido valproico es un estabilizador efectivo, otros medicamentos se prefieren en mujeres en edad fértil, ya que tiene el riesgo de provocar alteraciones en el desarrollo neurológico del niño ⁽²⁾.

Todos los medicamentos psicotrópicos cruzan la placenta en cierto grado resultando en exposición fetal. El feto es más vulnerable a los teratógenos durante el primer trimestre de embarazo cuando se da la organogénesis. Sin embargo, el tubo neural que puede ser afectado por muchos de estos medicamentos, se cierra a los 28 días de la concepción. Por tanto, es importante la suplementación con ácido fólico iniciando un mes previo a la concepción a una dosis de 4mg/día ⁽⁶⁾.

- Litio

La exposición fetal al litio se ha asociado con un mayor riesgo de anomalías cardíacas. El riesgo de anomalía de Ebstein con la exposición durante el primer trimestre es de 1 a 2 en 1000, pero el riesgo absoluto sigue siendo

bajo. La suplementación de folato con 5 mg reduce el riesgo y la gravedad de la cardiopatía congénita al suprimir la potenciación inducida de una vía de señalización que inhibe genes importantes para iniciar la cardiogénesis. Ninguna otra malformación congénita se ha asociado con la exposición al litio ⁽¹⁾.

Los efectos adversos en neonatos que han sido reportados con el uso antenatal de litio incluyen casos de hipotonía neonatal, letargia y distrés respiratorio. Otras complicaciones que raramente se presentan incluyen diabetes insípida, nefrotoxicidad, hipotiroidismo, arritmias y disfunción hepática. Se puede disminuir el riesgo de las complicaciones en el neonato, descontinuo el litio 24 a 48h antes de la labor planeada, o al comienzo de la labor espontánea. Sin embargo, esta estrategia debe de ser considerada cuidadosamente ya que el riesgo de recaída postparto es alto ⁽⁹⁾.

El litio es completamente eliminado a nivel renal y el aclaramiento se incrementa en el embarazo, esto puede llevar a niveles subterapéuticos y poner a la mujer en riesgo de recaídas. El aclaramiento retorna a los niveles preconcepcionales rápidamente posterior al parto. Esto aunado a que el volumen vascular cae al menos 40% postparto, pone a la mujer en riesgo de toxicidad. Para disminuir los riesgos, se puede suspender la medicación con litio 24-48h preparto e hidratar adecuadamente, en especial a las mujeres con labores extendidas. Se deben monitorizar los niveles de litio cada mes durante el embarazo, semanalmente en el último mes previo al parto y en la admisión al parto. La dosis preconcepcional de litio debe ser reanudada posterior al parto, valorando los niveles de litio hasta ser normalizados ⁽¹⁰⁾.

El litio se excreta en la leche materna, y se ha informado que los niveles infantiles son tan altos como el 50% del nivel materno. Los efectos adversos que se han reportado son letargo, hipotermia, hipotonía, cianosis y anomalías en el ECG. La deshidratación aumenta el riesgo de toxicidad y así como la disminución del aclaramiento de un bebé prematuro. Si se toma la decisión de amamantar mientras la madre está tomando litio, está indicado el monitoreo frecuente de los niveles de litio, la función tiroidea y la función renal. En general, la lactancia materna no se recomienda para las mujeres que toman litio ⁽¹⁰⁾.

- Valproato de sodio

El valproato de sodio es considerado un teratógeno humano. El uso de este medicamento está relacionado con defectos del tubo neural, especialmente en los primeros 7-30 días posteriores a la concepción. El defecto del tubo neural que se encuentra en los bebés expuestos es más probable que sea lumbosacro que anencefálico, lo que sugiere un efecto farmacológico en el cierre de la cresta neural ⁽⁴⁾.

Además, se relaciona con daños cognitivos irreversibles, demostrado por bajos puntajes en pruebas de inteligencia en niños expuestos in útero, especialmente a dosis mayores a los 1000 mg/día. Otras malformaciones congénitas asociadas al valproato incluyen defectos cardíacos, defectos craneofaciales e hipospadias. Por estas razones, no debe de ser considerado como primera línea en mujeres con potencial reproductivo ^(7,11).

Las complicaciones neonatales asociadas con el uso del valproato cerca del tiempo del parto incluyen desaceleraciones cardíacas fetales y síntomas de abstinencia: irritabilidad, dificultad para alimentarse, inquietud y tono muscular anormal. Otras complicaciones que se han reportado son toxicidad hepática, hipoglicemia y niveles de fibrinógeno disminuidos ⁽⁴⁾.

- Lamotrigina

El nivel terapéutico aceptado para la lamotrigina en el trastorno bipolar es entre 3000-14000 ng/mL ⁽¹²⁾. En pacientes no embarazadas, la dosis de mantenimiento de lamotrigina para trastorno bipolar es de 200mg (rango de 100-500mg). Durante el embarazo, los pacientes pueden requerir doblar o hasta triplicar la dosis previa dado que el metabolismo se encuentra acelerado por las concentraciones crecientes de estradiol durante el embarazo y la regulación positiva asociada de la enzima metabólica primaria para la LTG, uridina difosfato-glucuronosilo transferasa (UGT1A4) ⁽²⁾.

Además, el embarazo puede incrementar el aclaramiento de lamotrigina y por tanto la concentración en plasma puede disminuir hasta más del 50%. El aclaramiento incrementa gradualmente y puede alcanzar un nivel hasta tres veces mayor durante el último mes del embarazo comparado con los niveles previos a la concepción. Los niveles de lamotrigina vuelven a la normalidad después de 2-3 semanas postparto ⁽¹²⁾.

Se recomienda que se disminuya la dosis del medicamento en un 25% inmediatamente después del parto para evitar síntomas de toxicidad como ataxia, mareo y visión doble o borrosa, así como prevenir pasar altas concentraciones de lamotrigina a través de la leche materna. La dosis debe de ser disminuida cada 3-4 días hasta alcanzar la dosis que la paciente tomaba previo al embarazo ⁽²⁾.

Estudios han demostrado consistentemente que la lamotrigina es un medicamento de bajo riesgo para el feto en desarrollo, tanto en términos de malformaciones fetales como para el desarrollo cognitivo. Algunos estudios mostraron una relación entre la exposición a la lamotrigina y hendiduras orofaciales, sin embargo, no hay evidencia específica de un mayor riesgo de fisuras orofaciales aisladas en relación con otras malformaciones debidas a la lamotrigina ⁽¹³⁾.

La lactancia materna se considera razonable con un cuidadoso monitoreo clínico. Aunque niveles de lamotrigina en sangre son medibles en los infantes, solo un caso de evento adverso ha sido reportado un caso de apnea en un niño en lactancia materna con madre que usaba lamotrigina. Por el metabolismo hepático inmaduro en infantes, los niveles de lamotrigina suelen estar más elevados que en adultos ⁽⁹⁾.

- Carbamazepina

La carbamazepina también es considerada un teratógeno. En mujeres tratadas con esta durante el primer trimestre se observaron defectos en los infantes tales como hipoplasia de las uñas, defectos craneofaciales, defectos en el tubo neural y retraso del desarrollo. El potencial teratogénico se incrementa cuando se utiliza con otros agentes, en particular con el valproato ^(2,4).

Las mujeres que empiezan el medicamento después de la concepción, tienen más riesgo de efectos adversos serios (agranulocitosis, fallo hepático, Síndrome de Steven Johnson) que los individuos quienes están bajo el tratamiento al momento de la concepción, ya que el riesgo es mayor las primeras ocho semanas después de que el tratamiento es iniciado ⁽⁴⁾.

La carbamazepina puede causar deficiencia de vitamina K fetal. Dado que los niveles adecuados de vitamina K son necesarios para el crecimiento normal de la cara y para el funcionamiento de los factores de coagulación, la exposición a la carbamazepina en el

útero podría aumentar el riesgo de hemorragia neonatal y anomalías craneofaciales ^(2,4,13).

Se recomienda monitorizar los niveles de carbamazepina, y antenatalmente, la suplementación de vitamina K para reducir las complicaciones hemorrágicas, sin embargo, esto podría ser insuficiente ⁽¹³⁾.

Las guías recomiendan un suplemento prenatal de vitamina K materna a 20 mg por vía oral durante las últimas 4 semanas de gestación y 1 mg de vitamina K por vía parenteral al neonato inmediatamente después del parto para prevenir el sangrado neonatal. Para minimizar el riesgo teratogénico, se recomienda una dosis alta de ácido fólico (5mg/d) por al menos un mes previo a la concepción y durante el primer trimestre ^(13,14).

- Antipsicóticos de segunda generación

Al elegir un antipsicótico para profilaxis o tratamiento en mujeres que desean o que están embarazada, el efecto sobre la fertilidad, el riesgo de gestación, el riesgo de diabetes y el aumento de peso deben ser considerados. Hiperprolactinemia es común con antipsicóticos más viejos y con la risperidona, sulpirida y amisulprida por su afinidad al receptor D2 de dopamina y puede afectar las posibilidades de una mujer de concebir. Algunos fármacos antipsicóticos están asociados con aumento de peso y el síndrome metabólico, lo que también puede impactar en la fertilidad y afectar el resultado fetal. Se debe considerar optar por otro fármaco particularmente en mujeres con antecedentes de la diabetes gestacional o diabetes mellitus ⁽⁸⁾.

La evidencia sugiere un riesgo menor de malformaciones congénitas. Se ha sugerido un aumento en el riesgo de defectos cardiovasculares como defectos septales, sin embargo, no se ha encontrado un riesgo significativo. Existe el riesgo de síntomas extrapiramidales en los niños después del nacimiento (tono muscular anormal, temblor, agitación, dificultad para respirar y para alimentarse) de madres quienes fueron tratadas con antipsicóticos atípicos durante el tercer trimestre de embarazo ^(10,15).

La mayoría de los antipsicóticos atípicos llevan una etiqueta de la categoría C del embarazo de la FDA, con excepción de la clozapina y la lurasidona, que son de la categoría B. Los antipsicóticos atípicos se excretan en la leche materna en cantidades variables. Las concentraciones séricas generalmente se consideran bajas en el lactante, pero se han informado efectos adversos.

Los beneficios versus los riesgos de continuar con un antipsicótico atípico se deben evaluar cuando se decide usar el medicamento durante la lactancia ^(10,15).

- Antidepresivos

Los antidepresivos, especialmente los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina, se usan ampliamente en los trastornos del estado de ánimo. Se recomienda su uso en combinación con estabilizadores del humor en trastorno bipolar ⁽¹⁶⁾.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son la primera opción para la mayoría de los psiquiatras perinatales, debido a su amplia tolerancia y amplia investigación. Sin embargo, si los ISRS han causado efectos secundarios no deseados o no reducen los síntomas, se recomienda a los médicos que consideren otros medicamentos, comenzando con los que han funcionado bien en el pasado, si corresponde. Se han realizado menos investigaciones sobre la seguridad de los inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina (IRSN) como venlafaxina y duloxetine, o los medicamentos más nuevos como la mirtazapina y la bupropiona durante el embarazo ⁽¹⁶⁾.

Algunos estudios han asociado a los antidepresivos son aborto espontáneo, parto pretérmino, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y así como un aumento en el riesgo óbitos fetales. Para los recién nacidos expuestos a antidepresivos en el periodo prenatal llanto excesivo, inquietud, temblor, problemas de alimentación, reflujo y trastornos del sueño han sido reportados como característicos ⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, los metaanálisis más recientes sugieren que los riesgos de los antidepresivos en el embarazo para malformaciones congénitas son pequeños o inexistentes; en comparación al alto riesgo que conlleva no tratar la depresión tanto para las madres como para sus hijos ⁽¹⁷⁾.

- Terapia con luz brillante

Es un tratamiento basado en la evidencia para depresión estacional que consiste en la exposición a alto espectro luminoso. Aunque muchas mujeres con trastorno bipolar no pueden usar alternativas a la farmacoterapia como su único tratamiento, la terapia de luz brillante es una estrategia de aumento eficaz para el tratamiento de los síntomas de depresión bipolar

residual en pacientes que toman un agente antimaniaco. El mecanismo para la reducción de los síntomas no está claro y se atribuye a la estabilización del ritmo circadiano y a un efecto modulador en los neurotransmisores como el 5HT que impactan la depresión ⁽²⁾.

Al igual que todos los tratamientos antidepresivos, la terapia de luz puede precipitar la manía en las mujeres. Está contraindicado para las mujeres en estados de ánimo maniaco, hipomaniaco o mixto. El aparato basado en la evidencia para la terapia de luz es una caja fluorescente con un amplio espectro de luz que proporciona 10,000 lux y está disponible comercialmente ⁽²⁾.

- Terapia Electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva es duradera, segura y efectiva, en donde se pasan corrientes eléctricas a través del cerebro para reducir los síntomas mentales severos. Se realiza bajo anestesia general y es una opción efectiva para pacientes que no responden a la medicación ^(2,18).

También es apropiada en mujeres con psicosis, con ideas suicidas agudas, en estupor o catatonia y que tienen un estado físico deteriorado a causa de pobre ingesta de líquidos y alimentos. Mujeres con historia previa de buena respuesta a terapia electroconvulsiva o quienes no han respondido a la medicación después de pruebas con tres medicamentos distintos, son candidatas a recibir la terapia para asegurar una rápida resolución de los síntomas ⁽¹⁸⁾.

- Terapia Electroconvulsiva

La terapia cognitiva conductual bipolar específica, la terapia centrada en la familia, la terapia de ritmo interpersonal y social, la psicoeducación grupal y el manejo sistemático de la atención han demostrado su eficacia como enfoques terapéuticos para controlar la depresión bipolar o prevenir recaídas. Para las mujeres embarazadas con depresión bipolar, varios investigadores han sugerido que estas psicoterapias basadas en la evidencia probablemente sean beneficiosas como complementos de la farmacoterapia para tratar los estresores psicosociales que se sabe que tienen efectos perturbadores en el curso de la enfermedad y aumentan el riesgo de recaída ^(7,10).

- Conclusiones

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica y recurrente que fluctúa entre un estado depresivo y un estado maniaco. Afecta a las personas desde temprana edad, por lo tanto, a mujeres en edad reproductiva. Un mal diagnóstico o un tratamiento inadecuado conlleva serios riesgos para la vida de la madre y de su hijo. Aun cuando el trastorno bipolar es reconocido, muchas mujeres experimentan barreras para el acceso al tratamiento que incluyen médicos que no están entrenados adecuadamente o quienes no se sienten cómodos iniciando, continuando o manteniendo el tratamiento a las mujeres embarazadas. Aun cuando los medicamentos presentan riesgos en el desarrollo normal del niño, el tratamiento debe continuarse durante el embarazo, ya que los riesgos de suspender los fármacos son mayores. Las dosis y los fármacos deben adecuarse a los cambios fisiológicos del embarazo y postparto, y se pueden complementar con otras opciones terapéuticas no farmacológicas.

- Bibliografía

1. Grande I Berk M Birmaher B & Vieta E. *Bipolar disorder*. The Lancet 2016; 387(10027): 1561–1572.
2. Clark C Wisner K. *Treatment of Peripartum Bipolar Disorder*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2018; 45(3): 403–417.
3. Rowland T Marwaha S. *Epidemiology and risk factors for bipolar disorder*. Therapeutic Advances in Psychopharmacology 2018; 8(9): 251–269.
4. Yonkers K Wisner K Stowe Z et al. *Management of Bipolar Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period*. American Journal of Psychiatry 2004; 161(4): 608–620.
5. Byatt N Cox L Moore T et al. *Access to Pharmacotherapy Amongst Women with Bipolar Disorder during Pregnancy: a Preliminary Study*. Psychiatric Quarterly 2017; 89(1): 183–190.
6. Thomson M Sharma V. *Weighing the Risks the Management of Bipolar Disorder During Pregnancy*. Current Psychiatry Reports 2018; 20(3).
7. Miller L Ghadiali N Larusso E. et al. *Bipolar Disorder in Women*. Health Care for Women International 2014; 36(4): 475–498.

8. Jones S Jones I. *Pharmacological Management of Bipolar Disorder in Pregnancy*. CNS Drugs 2017; 31(9): 737–745.

9. Hogan C Freeman M. *Adverse Effects in the Pharmacologic Management of Bipolar Disorder During Pregnancy*. Psychiatric Clinics of North America 2016; 39(3): 465–475.

10. Wald M Muzyk A Clark D. *Bipolar Depression*. Psychiatric Clinics of North America 2016; 39(1): 57–74.

11. Kennedy M. *Medication management of bipolar disorder during the reproductive years*. Mental Health Clinician 2017; 7(6): 255–261.

12. Kong L Zhou T Wang, B Gao Z Wang C. The risks associated with the use of lamotrigine during pregnancy. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2017; 22(1): 2–5.

13. Özerdem A Akdeniz F. *Pregnancy and postpartum in bipolar disorder*. Neuropsychiatry 2014; 4(1): 95–107.

14. Campbell S Spigarelli M. *Pharmacology and Pharmacogenomics of Neurological Medications Used in Pregnancy*. Clinical Obstetrics and Gynecology 2013; 56(2): 305–316.

15. Muzik M Hamilton S. *Use of Antidepressants During Pregnancy?: What to Consider when Weighing Treatment with Antidepressants Against Untreated Depression*. Maternal and Child Health Journal 2016; 20(11): 2268–2279.

16. Khan S Ferish M Ernst C Klipstein K Albertini E Lusskin S. *Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management*. Current Psychiatry Reports 2016; 18(2).

17. Dubovicky M Belovicova K Csatosova K Bogi E. *Risks of using SSRI / SNRI antidepressants during pregnancy and lactation*. Interdisciplinary Toxicology 2017; 10(1): 30–34.

18. Jones I Chandra P Dazzan P Howard L. *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period*. The Lancet 2014; 384(9956): 1789–1799.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de interés en el presente reporte.