

Trastorno obsesivo compulsivo y embarazo

Obsessive Compulsive Disorder and Pregnancy

Dr. Ricardo Pérez Rivera

Médico psiquiatra

Director del Bio-Behavioral Institute (Buenos Aires)

Magister en Neuropsicofarmacología

Sexólogo Clínico

Miembro de la Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad

rperezrivera@hotmail.com

Resumen: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es uno de los cuadros más difíciles de tratar, en general comienza en la juventud y tiene tendencia a mantenerse en el tiempo. En el caso particular de las mujeres, la incidencia aumenta con la menarca y considerablemente durante los embarazos o puerperio. Durante el embarazo aumenta el desafío en el tratamiento del TOC, cómo se enfrenta, medica y trata es lo que aborda este artículo.

Palabras clave: TOC, TOC y embarazo, embarazo y farmacoterapia, TOC y TCC en embarazo, TOC y tratamiento.

Abstract: *Obsessive Compulsive Disorder (OCD) is one of the most difficult disorders to treat, generally begins in youth and tends to be maintained over time. In the case of women, the incidence increases significantly with menarche and during pregnancy or postpartum period. During pregnancy it increases the challenge in the treatment of OCD, as it faces, medical and treats is what this article addresses.*

Keywords: *OCD, OCD and pregnancy, pregnancy and pharmacotherapy, OCD and CBT in pregnancy, OCD and treatment.*

Muchas personas padecen pensamientos de características obsesivas a lo largo de su vida, se estima que más de un cuarto de la población mundial experimentó una obsesión o compulsión (30). Un ejemplo de lo mencionado son las melodías o estrofas de algún tema musical que aparece de manera involuntaria y se mantiene como un disco rayado, repitiéndose una y otra vez en contra de la voluntad de la persona,

durando segundos o prolongándose en el tiempo y generando una sensación de incomodidad o malestar por no poder detenerlo inmediatamente; este tipo de pensamiento de características obsesivas lo experimenta el 98 % de la población occidental (34).

La Organización Mundial de la Salud (40) coloca al trastorno obsesivo compulsivo (TOC) como una de las principales causas de discapacidad, y lo padecen casi el 3 % de la población mundial (5, 7). La prevalencia del TOC a lo largo de la vida es del 2,3 % y la anual es del 1,2 % (14, 30), indicando una persistencia a lo largo del tiempo. La prevalencia del TOC es del 1 % en niños y hasta el 4 % en adolescentes (6). El TOC afecta a todo grupo poblacional, independientemente del sexo, cultura o clase socioeconómica, afectando principalmente a los jóvenes.

Más del 25 % de las mujeres asocian el comienzo del TOC con alguna etapa del ciclo reproductivo, principalmente la menarca (entre el 12,3 % y el 22 %) (9, 18, 19).

La paternidad, embarazo y parto son situaciones importantes de la vida que están asociadas a mayor vulnerabilidad a desarrollar síntomas obsesivos compulsivos (11). El nacimiento y cuidado del niño podría ser un factor de estrés psicológico que contribuiría a la aparición de los síntomas obsesivo compulsivos o el desarrollo del TOC (9).

Según estudios de meta-análisis la prevalencia de TOC en mujeres embarazadas es del 2,07 % (35) y del 4-11 % durante el período de post-parto (11). Ambos períodos están asociados con alto riesgo de desarrollar un TOC (31), reportándose hasta un 39 % de incidencia de TOC durante este periodo (26). La severidad de los síntomas de TOC preexistente puede variar, empeorando en el 8-50 % de los casos, el 31-69 % no refiere

cambios en la sintomatología y el 10-69 % refiere mejorías en los casos reportados (9, 25, 35, 39); en los casos donde se decidió mantener el tratamiento farmacológico los síntomas no empeoraron (11).

De esta manera en las mujeres con TOC, los síntomas pueden empeorar durante su ciclo reproductivo, en la fase premenstrual (20-50 %), embarazo (8-46 %), postparto (29-48 %), o menopausia (8-47 %) (9).

Las hormonas sexuales femeninas deben tener un rol en el comienzo o exacerbación de los síntomas en las mujeres. Es conocido que los estrógenos interactúan con el sistema serotoninérgico, el cual se asume está desregulado en los pacientes con TOC (9, 23). La oxitocina se encuentra elevada durante el tercer trimestre del embarazo y principio del puerperio, además de haberse encontrado elevada en mujeres con TOC no relacionado a tics (21).

Las obsesiones que se presentan con mayor frecuencia están asociadas con "el bienestar de la criatura al nacer", con un comienzo dentro de las dos semanas del postparto, incluyendo la idea de lastimar accidentalmente o intencionalmente al bebé, temor a la contaminación del neonato o el infante, y compulsiones de chequeado, lavado y una conducta evitativa en relación al cuidado del mismo por temor a hacerle daño. A veces, por el contrario, un cuidado extremo de la criatura que en ocasiones lleva a dificultades con la pareja y familia por no permitir que lo toquen o cuiden (25).

En la población general el TOC es altamente comórbido con depresión, trastornos de ansiedad y trastorno bipolar (1). De este modo, el trastorno depresivo mayor es la comorbilidad más frecuente en ambos grupos, población general y perinatal. Las mujeres con TOC preexistente o de comienzo durante el embarazo están expuestas a un mayor riesgo de desarrollar una depresión postparto (25).

La personalidad obsesivo-compulsiva, evitativa o bien el antecedente familiar de TOC, además del trastorno disfórico premenstrual, están descriptos como predictores de TOC perinatal (19, 25). Los factores que pueden predecir un agravamiento de los síntomas en las mujeres con TOC son depresión o síntomas de ansiedad al comienzo del embarazo, antecedentes de depresión o de empeoramiento sintomático premenstrual (9, 19).

Los ginecólogos, obstetras y médicos de familia deberían realizar de rutina la búsqueda de sintomatología obsesivo compulsiva durante el período del embarazo y postparto (en particular durante las primeras 4 semanas) en todas las mujeres, y con particular interés en aquellas que presentan antecedentes familiares u otros factores de riesgo de TOC perinatal (25). Un punto a evaluar en el caso de pacientes con

antecedentes de recaídas o empeoramiento de los síntomas obsesivo compulsivos durante embarazos previos, es el tratamiento de manera preventiva (10).

El tratamiento del TOC siempre es un desafío, solamente el 20 % de los pacientes logran una remisión total de los síntomas (33). Cuando el cuadro se da durante el embarazo o puerperio, es aún más difícil tratarlo por el temor del médico y la paciente de dañar al feto o el recién nacido con la medicación. Por eso es tan importante que el profesional esté actualizado en el tratamiento farmacológico durante el embarazo y puerperio, no medicar un TOC severo puede ser tan riesgoso o peor en términos de salud fetal que el medicarlo con el fármaco apropiado.

Actualmente no hay realizados estudios controlados para examinar la eficacia y seguridad de las distintas alternativas de tratamiento en el TOC perinatal. La decisión se va a basar en la severidad y cronicidad de los síntomas obsesivo compulsivos, la presencia de depresión y el nivel de disfuncionalidad y malestar que genere el TOC en la paciente y familia.

En caso de embarazo o lactancia, el psiquiatra deberá discutir con la paciente, su pareja y el obstetra los riesgos y beneficios durante las diferentes etapas. La opción ideal en caso de embarazo, es reducir y en lo posible retirar el ISRS que esté tomando la paciente y aumentar la frecuencia de la terapia cognitivo conductual (TCC).

La exposición a antidepresivos en pacientes con TOC severo está asociada a un riesgo bajo de presentar aborto espontáneo o nacimientos prematuros, pero no es posible determinar si es debido a la medicación o al estrés físico y mental al que se encuentra sometida la paciente embarazada con TOC (25, 38). La exposición tardía a ISRS podría estar asociada con un síndrome de adaptación postnatal (SAP), mostrando un cuadro, que se autolimita, de mala adaptación neonatal con temblores, dificultad para respirar y alimentarse (37). Este cuadro se podría deber a que la concentración del fármaco en el calostro o leche materna es muy inferior a la expuesta intraútero, lo que podría llevar a una discontinuación abrupta del antidepresivo por parte del neonato. Los nacidos expuestos a ISRS tienen 5 veces más posibilidades de presentar SAP que los nacidos no expuestos, a su vez se asocia con dosis altas de ISRS y mayor duración de la exposición, sobre todo durante el último trimestre de gestación (38). Por lo tanto todos los nacidos expuestos a antidepresivos deben ser monitoreados minuciosamente las primeras 48 horas de vida (12). La fluoxetina, paroxetina y clomipramina están asociadas a la presentación con más frecuencia de SAP (22, 32, 38).

Los estudios poblacionales no han demostrado un riesgo mayor de malformaciones en los infantes expuestos a ISRS o antipsicóticos atípicos durante el embarazo (13, 24, 25), tampoco han mostrado trastornos en la conducta a largo plazo (27, 28). Sin embargo, hay reportes de casos clínicos donde asocian la administración de ISRS durante el embarazo con la aparición de síndrome de hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido, con una frecuencia menor al 1 % sin estar asociado a mortandad (16, 29). Además otro meta-análisis refiere una asociación entre la paroxetina y el aumento del riesgo a presentar malformaciones cardíacas, aunque se plantea un sesgo en el análisis de la información (2, 8) (*ver tabla 1*). Por lo que el análisis debe hacerse sobre cada paciente en particular estudiando cuidadosamente los pros y contras de la indicación de ISRS durante el embarazo.

TABLA 1: POSIBLES EFECTOS DE LOS ISRS EN EL DESARROLLO FETAL

RESULTADO NEONATAL	RIESGO VS. CONTROL	NIVEL DE RIESGO ABSOLUTO*
Malformación Congénita	(0)	Bajo
Malformación Cardiovascular Congénita	(0)	Bajo
Aborto Espontáneo	(+)	Moderado
Nacimiento Pretérmino	+	Moderado
Bajo peso al Nacer	(+)	Moderado
Hipertensión Pulmonar Persistente	(+)	Muy Bajo
Desorden del Espectro Autista	(+)	Bajo
Síndrome de adaptación neonatal	+	Alto
Trastorno Neurocognitivo	(0)	No reportado

(0)= sin riesgo, datos inconsistentes; + = riesgo aumentado de acuerdo a la mayoría de los estudios; (+)= riesgo aumentado, pero datos inconsistentes

* Riesgo basado en la prevalencia: muy bajo: 1,0%; bajo:1,1 – 5,0%; moderado: 5,1 – 20,0%; elevado >20,0%

Según el investigador Farak Uguz (38), los ISRS de primera línea para ser usados en el tratamiento del TOC durante el embarazo son la sertralina y el citalopram (este último no debe darse por encima de los 40 mg/d, por riesgo de arritmias con dosis superiores), en caso de necesitar potenciar el tratamiento el fármaco de primera línea es risperidona. Estos fármacos no están asociados al aumento de riesgo de presentar malformaciones durante el embarazo.

Con la excepción de la fluoxetina, todos los ISRS se encuentran en muy bajas concentraciones en leche materna y no presentan riesgo de causar efectos adversos en el lactante. En el caso de la fluoxetina se han reportado cólicos, somnolencia y bajo peso en lactantes de madres medicadas (17, 20, 25). La lactancia, en madres que están recibiendo ISRS, no está contraindicada terminantemente. Sin embargo existe una falta de datos a largo plazo en referencia a la exposición del bebé a drogas antidepresivas a través de la lactancia. El médico debe considerar cada caso en particular teniendo en cuenta: riesgo del TOC materno no tratado para la madre; riesgo del TOC materno no tratado para el niño; riesgo del tratamiento específico para la madre; riesgo del tratamiento específico para el niño; riesgo inherente a desistir de la lactancia materna (para ambos); deseo materno de amamantar a su hijo.

De la misma manera que en pacientes no embarazadas, la farmacoterapia debe mantenerse por un periodo mayor a un año, luego de la máxima respuesta. Si la medicación se discontinúa prematuramente se favorece la recaída, lo cual está asociado con peor respuesta en futuros tratamientos (25).

Hay publicaciones que avalan la eficacia de la TCC en pacientes embarazadas con TOC (3, 4), además la terapia cognitivo conductual es la primera indicación de tratamiento en pacientes con TOC, por su eficacia, seguridad y aceptabilidad (15). Un punto a trabajar en la TCC es la relación madre-hijo, el manejo del malestar que generan las obsesiones y compulsiones y la irritabilidad subsecuente, siendo muy importante la inclusión de la pareja y, en ocasiones, de la familia en la terapia.

No hay guías terapéuticas que incluyan el tratamiento del TOC durante el embarazo, ni acuerdo entre los investigadores sobre la seguridad del tratamiento farmacológico durante el embarazo o el período de lactancia. Desde la experiencia de los autores, la sugerencia es implementar terapia cognitivo conductual por un terapeuta con experiencia en TOC o especialista, y, de estar en terapia, considerar aumentar la frecuencia de entrevistas semanales.

CONCLUSIÓN

En caso de presentar la paciente embarazada un TOC severo, habría que transmitirle toda la información de la que dispongamos al momento para evaluar conjuntamente los riesgos y beneficios de la utilización de ISRS durante el embarazo. En este sentido sería recomendable superar el primer trimestre donde hay mayor riesgo de pérdida espontánea del embarazo y es el momento del mayor desarrollo embrionario (organogénesis). De comenzar el TOC

durante el embarazo, hay mayor consenso en la utilización de sertralina, y de ser postparto habría que evitar la fluoxetina. Si se decide medicar hay que intentar encontrar la menor dosis efectiva, no cometer el error de medicar con dosis no efectivas porque en ese caso estaríamos exponiendo a los riesgos sin obtener los beneficios buscados al dar el ISRS.

Cuando una paciente con buena respuesta al tratamiento farmacológico, estable en su cuadro, queda embarazada o desea buscar un embarazo, la sugerencia es intentar disminuir al mínimo la dosis de ISRS e intentar retirar la medicación, apoyándose en el tratamiento psicoterapéutico con TCC. En caso de aumentar la sintomatología al disminuir la dosis o retirar la medicación, y no se cuente con terapeuta cognitivo conductual o bien no alcance este recurso para mantener la estabilidad sintomática de la paciente; considerar rotar a sertralina y buscar la dosis efectiva mínima.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Bar-Oz B, Einarson T, Einarson A, Boskovic R, O'Brien L, Malm H, et al. Paroxetine and congenital malformations: meta-analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther*. 2007; 29(5):918–26.
3. Christian LM, Storch EA. Cognitive behavioral treatment of postpartum onset. Obsessive compulsive disorder with aggressive obsessions. *Clin Case Stud*. 2009;8(1):72–83
4. Dane BF, Storch EA. Benefits of CBT for OCD in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2014 May;60(5):430-2
5. de Bruijn, C, Beun, S, de Graaf, R, ten Have, M., Denys, D. Subthreshold symptoms and obsessive compulsive disorder: evaluating the diagnostic threshold. *Psychological Medicine* 2009; 40, 989–997
6. Douglass, H.M., Moffit, T.E., Dar, R., McGee, R., Silva, P. Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34, 1424–1431
7. Fullana, M.A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J.M., de Girolamo, G., Lépine, J.P., Matschinger, H., Alonso, J. Obsessive compulsive symptom dimensions in the general population: results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders* 2010; 124, 291–299
8. Grigoriadis S, Mamisashvili L, Roerecke M, Rehm J, Dennis C, Koren G, et al. Antidepressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systemic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(4):e293–308.
9. Guglielmi V, Vulink N, Denys D, Wang Y, Samuels JF, Nestadt G. Obsessive-compulsive disorder and female reproductive cycle events: results from the OCD and reproduction collaborative study. *Depression and anxiety* 2014; 31:979–987
10. Hertzberg T, Leo RJ, Kim KY. Recurrent obsessive-compulsive disorder associated with pregnancy and childbirth. *Psychosomatics*. 1997;38(4):386–8
11. House SJ, Tripathi SP, Knight BT, Morris N, Newport J, Zachary N, Stowe Z. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Womens Ment Health* 2016; 19:3–10
12. Jefferies AL. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and infant outcomes. *Paediatr Child Health*. 2011;16(9):562–3
13. Kellen BA, Otterblad Olausson P. Maternal use of selective serotonin re-uptake inhibitors in early pregnancy and infant congenital malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2007;79(4):301–8
14. Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Wittchen, H.U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatry Research* 2012; 21, 169–184.
15. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, 2007. American Psychiatric Association, Arlington, VA (accessed 15.01.13).
16. Koren G, Nordeng H. SSRIs and persistent pulmonary hypertension of the newborn. *BMJ*. 2012; 344:d7642.
17. Kristensen JH, Ilett KF, Hackett LP, Yapp P, Paech M, Begg EJ. Distribution and excretion of fluoxetine and norfluoxetine in human milk. *Br J Clin Pharmacol*. 1999; 48(4):521–7.
18. Labad J, Menchon JM, Alonso P, et al. Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depress Anxiety* 2008; 25: 832–838.
19. Labad J, Menchon JM, Alonso P, Segalas C, Jimenez S, Vallejo J. Female reproductive cycle and obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):428–35
20. Lanza di Scalea T, Wisner KL. Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol*. 2009; 52(3):483–97.
21. Leckman JF, Goodman WK, North WG, et al. The role of central oxytocin in obsessive compulsive disorder and related normal behavior. *Psychoneuroendocrinology* 1994; 19:723–749.
22. Levinson-Castiel R, Merlob P, Linder N, Sirota L, Klinger G. Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in term infants. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2006;160(2):173–6
23. McEwen B. Estrogen actions throughout the brain. *Recent Prog Horm Res* 2002; 57:357–384.
24. McKenna K, Koren G, Tetelbaum M, Wilton L, Shakir S, Diav-Citrin O, et al. Pregnancy outcome of women using atypical antipsychotic drugs: a prospective comparative study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):444–9
25. Namouz-Haddad S, Nulman I. Safety of treatment of obsessive compulsive disorder in pregnancy and puerperium. *Canadian Family Physician*. 2014;60(2):133-136.
26. Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias J. Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnancy. *Am J Psychiatry* 1992; 149:947–950
27. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Gardner HA, Theis JG, et al. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Engl J Med*. 1997; 336 (4): 258–62.
28. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Pace-Asciak P, Shuhaiber S, et al. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(11):1889–95.
29. Occhiogrosso M, Omran SS, Altemus M. Persistent pulmonary hypertension of the newborn and selective serotonin reuptake inhibitors: lessons from clinical and translational studies. *Am J Psychiatry*. 2012; 169(2):134–40.

30. Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T., Kessler, R.C. The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* 2010; 15, 53–63
31. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum woman: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 377-85.
32. Sanz E, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet*. 2005;365:482–7
33. Skoog G, Skoog I. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(2):121–7
34. Taylor S, McKay D, Miguel EC, et al. Musical obsessions: a comprehensive review of neglected clinical phenomena. *J Anxiety Disord* 2014; 28(6): 580–589
35. Uguz F, Gezginc K, Zeytinci IE, Karatayli S, Aksin R, Guler O, et al. Obsessive-compulsive disorder in pregnant women during the third trimester of pregnancy. *Compr Psychiatry*. 2007; 48: 441-5.
36. Uguz F, Onder Sonmez E, Sahingoz M, Gokmen Z, Basaran M, Gezginc K, et al. Neuroinflammation in the fetus exposed to maternal obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a comparative study on cord blood tumor necrosis factor-alpha levels. *Compr Psychiatry*. 2014; 55: 861-5.
37. Uguz F, Yuksel G, Karsidag C et al. Birth weight and gestational age newborns exposed to maternal obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Res* 2015; 226:396–398
38. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2015; 37: 334-342.
39. Vulink NC, Denys D, Bus L, Westenberg HG. Female hormones affect symptom severity in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 171-5.
40. World Health Organization. (WHO), 2008. The Global Burden of Disease, 2004 Update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en