



NOTÍCIAS

NEWS



NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

Gracia Lasheras^{1,7}, Marta de-Gracia-de-Gregorio^{2,7}, Borja Farré-Sender^{3,7},
Liliana Ferraz^{4,7}, María Giralte^{5,7}, Cristina Sanz^{6,7}

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). Barcelona. ²Psicóloga. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

³Psicólogo. HUD. Barcelona. ⁴Psicóloga. Centro Limis-Psicoterapia y personalidad. Málaga.

⁵Psiquiatra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁶Psicóloga. HUD. Barcelona.

⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;13:81-92.



EL OLIGOSACÁRIDO DE LA LECHE HUMANA 2'-FUCOSILLACTOSA VINCULA LA ALIMENTACIÓN AL MES CON EL DESARROLLO COGNITIVO A LOS 24 MESES EN BEBÉS DE MADRES CON PESO NORMAL Y CON SOBREPESO.

HUMAN MILK OLIGOSACCHARIDE 2'-FUCOSYLLACTOSE LINKS FEEDINGS AT 1 MONTH TO COGNITIVE DEVELOPMENT AT 24 MONTHS IN INFANTS OF NORMAL AND OVERWEIGHT MOTHERS.

Paige K. Berger, Jasmine F. Plows, Roshonda B. Jones, Tanya L. Alderete, Chloe Yonemitsu, Marie Poulsen, Ji Hoon Ryoo¹, Bradley S. Peterson, Lars Bode, Michael I. Goran^{ID}

PLoS ONE 15(2) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228323>

Antecedentes: el desarrollo cognitivo infantil está influenciado por factores maternos que van desde la obesidad, hasta la alimentación temprana y la composición de la leche materna. Los estudios en animales sugieren un papel del oligosacárido de la leche materna (HMO) 2'fucosillactosa (2'FL) en el aprendizaje y la memoria. Sin embargo, ningún estudio en humanos ha examinado su impacto en el desarrollo cognitivo infantil en relación con otras HMO y factores maternos.

Objetivo: determinar el impacto de 2'FL de la alimentación con leche materna en el desarrollo cognitivo infantil a los 24 meses de edad, en relación con la obesidad materna y la frecuencia de alimentación con leche materna.

Métodos: se reclutaron parejas de madres e hijos (N=50) reclutadas en clínicas de maternidad de Los Ángeles (EUA). Las madres fueron incluidas en base a los siguientes criterios: 1) etnia hispana; 2) 18 años de edad en el momento del parto; 3) parir a un recién nacido sano y a término; 4) inscrito dentro de 1 mes postparto; 5) destinado a amamantar durante 6 meses después del parto. Las madres informaron el peso y la estatura para reclutar de manera uniforme en todo el espectro del Índice de Masa Corporal (IMC) antes del embarazo. Al mes de nacimiento, se recopiló la información histórica relacionada con la salud e incluyó la edad materna, el sexo

infantil y el peso al nacer. La leche materna se recogió a los 1 y 6 meses, y se informaron las comidas / día promedio de leche materna (es decir, la frecuencia de alimentación), además de que se midió el peso del lactante. Diecinueve HMO se analizaron mediante cromatografía líquida de alto rendimiento, con interés inicial en el 2'FL. La puntuación del desarrollo cognitivo infantil se evaluó con la Escala Bayley-III a los 24 meses, que mide la integración sensoriomotora, la formación de conceptos, la atención, la habituación y la memoria. La consistencia interna de la escala cognitiva Bayley-III es 0.91.

Resultados: la obesidad materna fue una influencia separada (no relacionada con los factores de la leche materna) y negativa, ya que predijo un desarrollo cognitivo más pobre a los 24 meses de edad. Por otro lado, una mayor frecuencia de alimentación con leche materna al mes de vida contribuyó al desarrollo cognitivo infantil a través de una mayor exposición al HMO 2'FL. Por tanto, se encontró un vínculo entre la frecuencia de alimentación de la leche materna al mes y el 2'FL, con un mejor desarrollo cognitivo infantil, sin encontrarse que otro HMO estuviera relacionado.

Las limitaciones de este estudio incluyen resultados específicos de una pequeña muestra de parejas de madres e infantes hispanas. El número limitado de participantes podría haber reducido el poder estadístico para detectar asociaciones significativas entre la exposición, el resultado y las variables mediadoras. Además, la cohorte podría considerarse homogénea en el estado socioeconómico, el nivel de educación y las prácticas culturales que rodean la elección de alimentos y las conductas alimentarias, y esto limita la generalización de los resultados. Además, las parejas hispanas de madres e infantes tienen un mayor riesgo de obesidad.

Conclusión: los hallazgos de este estudio sugieren que los factores maternos influyen en el desarrollo cognitivo infantil a través de múltiples medios. Aunque la obesidad materna puede ser una influencia negativa por separado, una mayor frecuencia de alimentación con leche materna al mes contribuyó al desarrollo cognitivo infantil a través de una mayor exposición a 2'FL en comparación con otras HMO. La influencia de 2'FL no fue significativa a los 6 meses, lo que indica que la exposición temprana a 2'FL puede ser una ventana temporal crítica para influir positivamente en el desarrollo cognitivo infantil.



EL CURSO DEL TRASTORNO DE PÁNICO DURANTE EL PERÍODO PERIPARTO Y EL RIESGO DE DESARROLLO INFANTIL ADVERSO: UN ESTUDIO PROSPECTIVO LONGITUDINAL.

THE COURSE OF PANIC DISORDER DURING THE PERIPARTUM PERIOD AND THE RISK FOR ADVERSE CHILD DEVELOPMENT: A PROSPECTIVE-LONGITUDINAL STUDY

Julia Martini, Katja Beesdo-Baum, Susan Garthus-Niegel, Hans-Ulrich Wittchen

Journal of Affective Disorders, 266:722-730
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.018>

Antecedentes: el trastorno de pánico es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes. Las estimaciones de prevalencia son dos veces más altas en las mujeres que en los hombres. La edad de inicio es típicamente antes o durante los años reproductivos, y se han informado patrones del curso evolutivo donde el trastorno de pánico empeora o no cambian durante el embarazo. La evidencia adicional sugiere patrones de curso heterogéneos durante el período postparto con un mayor riesgo de un nuevo inicio o una exacerbación del mismo. Los ataques de pánico pueden conducir a la exposición del feto a las hormonas del estrés, no obstante, hay controversia en la literatura acerca de si el trastorno de pánico está relacionado con los resultados adversos del parto.

Objetivo: investigar el curso del trastorno de pánico y la depresión mayor comórbida durante el período periparto con más detalle, distinguiendo casos incipientes y recurrentes, y la aparición de trastorno de pánico durante el embarazo y postparto. Además, los resultados de las mujeres con trastorno de pánico periparto se compararán con las mujeres sin ansiedad y trastornos depresivos, con respecto a desventajas en los factores psicosociales, resultados gestacionales desfavorables y otras características relevantes.

Métodos: es un estudio prospectivo longitudinal, donde se reclutaron 306 mujeres embarazadas (N=306) de Alemania. Las mujeres embarazadas participantes y sus

bebés completaron hasta 7 evaluaciones: semana 10 a 12 de gestación; semana 22 a 24 de gestación; semana 35 a 37 de gestación; 10 días postparto; 2 meses postparto; 4 meses postparto; 16 meses postparto. Se les entrevistó con la Composite International Diagnostic Interview for Women; por otra parte, el apoyo social y su calidad, los resultados gestacionales, la duración de la lactancia materna, el vínculo materno y el estilo de crianza, se evaluaron mediante informes médicos y maternos.

Resultados: las mujeres informaron cursos heterogéneos de trastornos de pánico: tanto los trastornos de pánico como los ataques de pánico se observaron comúnmente durante las primeras etapas del embarazo, y un número comparativamente bajo de mujeres indicó trastorno de pánico después del parto. Las mujeres con trastorno de pánico periparto presentaron una situación psicosocial peor. No se pudieron detectar claras diferencias de comportamiento en los bebés (temperamento y apego) de madres con trastorno de pánico, en comparación con mujeres sin ansiedad y depresión; no obstante, se pudieron detectar diferencias respecto a los resultados gestacionales, la duración de la lactancia materna, la parentalidad materna y la vinculación. Concretamente, las mujeres con trastorno de pánico postparto y depresión comórbida, informaron con mayor frecuencia una alteración de la vinculación, más rechazo e ira hacia el bebé, una crianza con más reglas y estructura hacia sus hijos, en comparación con las madres sin trastornos. Además, los bebés de madres con trastorno de pánico mostraron un menor peso al nacer y nacieron antes de tiempo. Finalmente, las mujeres con trastorno de pánico informaron una menor duración de la lactancia.

Las limitaciones de este estudio incluyen el tamaño relativamente pequeño de los grupos, que hace limitar el poder de detectar diferencias entre los grupos.

Conclusión: los hallazgos de este estudio destacan el papel crucial del diagnóstico adecuado, la psicoterapia y la psicofarmacoterapia durante el período periparto. Los cursos heterogéneos y los resultados de los trastornos de pánico perinatal requieren una monitorización intensiva de las díadas madre-lactante afectadas que pueden beneficiarse de las intervenciones tempranas dirigidas a prevenir una escalada de problemas diádicos.



PATRONES DE EXPOSICIÓN PRENATAL A ANTIDEPRESIVOS Y RIESGO DE PREECLAMPSIA Y HEMORRAGIA POSPARTO.

Antecedentes: la depresión prenatal no tratada se asocia con un mal cuidado personal y comportamientos poco saludables, así como resultados adversos de la descendencia. Algunos estudios han encontrado que la exposición a los antidepresivos durante el embarazo se asocia con una serie de resultados perinatales adversos, incluidos la preeclampsia, especialmente en exposiciones al fármaco durante el segundo trimestre, y el riesgo de hemorragia postparto en exposiciones al fármaco durante el embarazo tardío. Otros estudios, en cambio, concluyen que no hay asociación entre antidepresivos y preeclampsia y hemorragia postparto.

Objetivo: estimar el riesgo de preeclampsia y hemorragia postparto con patrones de exposición prenatal a antidepresivos.

Métodos: para el estudio utilizaron reclamaciones administrativas de atención médica desde los años 2012 a 2016, e identificaron 226.932 partos vivos de bebés únicos para este estudio de cohorte retrospectivo. Las dosis de dispensación de antidepresivos se convirtieron en dosis equivalentes de fluoxetina. Identificaron mujeres con patrones similares de exposición a antidepresivos, es decir, grupos de trayectoria, de tal manera que identificaron grupos de 20 semanas para la preeclampsia y grupos de 35 semanas para la hemorragia postparto. Se realizaron pruebas de tendencia lineal que evalúan el riesgo creciente de los resultados entre los grupos.

Resultados: las mujeres con exposición sostenida a los antidepresivos, en comparación con las mujeres que comenzaron el embarazo con baja exposición y una dosis reducida, o bien lo interrumpieron durante el primer trimestre, tenían un mayor riesgo de preeclampsia y hemorragia postparto. Hubo una tendencia de exposiciones a dosis más altas asociadas con el mayor riesgo de estos resultados. No obstante,

después de ajustar los posibles factores de confusión medidos, el riesgo de preeclampsia y hemorragia postparto fue algo similar entre las mujeres con depresión sin exposición a antidepresivos, con la excepción de los grupos de alta exposición sostenida. Este hallazgo informa de la relación riesgo/beneficio del uso de antidepresivos durante el embarazo, lo que sugiere que muchos patrones de exposición a los antidepresivos no son peores para la preeclampsia y la hemorragia postparto que la depresión no tratada con antidepresivos. Por el contrario, el riesgo de hemorragia postparto fue mayor en los grupos de exposición sostenida a antidepresivos, que la ansiedad no tratada con antidepresivos.

Las limitaciones de este estudio incluyen no poder explicar la gravedad de la depresión y la ansiedad relacionada con dosis más altas de antidepresivos y exposiciones sostenidas. Además, tuvieron que hacer suposiciones sobre la dosis de antidepresivos y el momento de uso gestacional en base a los datos de dispensación de farmacia sin la confirmación materna. Por otro lado, sólo incluyeron partos vivos en la muestra y este sesgo de selección podría afectar los resultados si uno de los patrones de exposición se asociara con la pérdida del embarazo o muerte fetal. Finalmente, las variables de tabaquismo, consumo de alcohol y obesidad no fueron bien captadas por los datos que reclararon de atención médica.

Conclusión: en comparación con el patrón de exposición a antidepresivos más bajo, la exposición sostenida a antidepresivos durante la gestación se asoció con un mayor riesgo de preeclampsia y hemorragia postparto, especialmente para las dosis más altas de antidepresivos. Aunque en la mayoría de los casos, el riesgo de los resultados asociados con la exposición sostenida a los antidepresivos no fue mayor o sólo un poco más alto que el riesgo asociado con la depresión no tratada. En cualquier caso, los profesionales sanitarios deben tener en cuenta el mayor riesgo de preeclampsia y hemorragia postparto entre las mujeres con un uso prolongado de antidepresivos, especialmente en dosis más altas durante el embarazo.



RESULTADOS MATERNOS Y FETALES DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A DULOXETINA EN EL EMBARAZO: ESTUDIO DE COHORTE.

MATERNAL AND FETAL OUTCOMES FOLLOWING EXPOSURE TO DULOXETINE IN PREGNANCY: COHORT STUDY.

Huybrechts KF, Bateman BT, Pawar A, Bessette LG, Mogun H, Levin R, et al.

BMJ 2020;368:m237.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m237>

La duloxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRSN) indicado para el tratamiento de la depresión, el dolor neuropático diabético, el trastorno de ansiedad generalizada, la fibromialgia, y el dolor musculoesquelético. Estas enfermedades afectan frecuentemente a mujeres en edad fértil y suelen recibir tratamiento durante el embarazo, dados los riesgos asociados a la depresión, la ansiedad y el dolor no tratado.

El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo de resultados adversos maternos e infantiles después de la exposición intrauterina a duloxetina.

Se trata de un estudio de cohorte anidado en la base de datos Medicaid de 2004-13 (seguro de salud público que cubre el 50% de todos los embarazos en los EE. UU.). Los participantes eran mujeres embarazadas de 18 a 55 años y sus bebés nacidos vivos.

Se comparó la exposición a duloxetina con la no exposición, la no exposición a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la exposición a venlafaxina y la exposición a duloxetina antes pero no durante el embarazo. Se determinaron intervalos de tiempo de exposición etiológicamente relevantes para cada una de las medidas resultados (malformaciones congénitas en general, malformaciones cardíacas, parto prematuro, lactantes pequeños para la edad gestacional, preeclampsia y hemorragia posparto).

Los análisis se ajustaron para todas aquellas posibles variables de confusión entre la exposición a duloxetina y resultado (p.ej. indicación del fármaco).

El tamaño de las cohortes varió entre 1.3 y 4.1 millones, dependiendo de la variable resultado. El número de mujeres expuestas a duloxetina fue de 2500-3000 para la exposición temprana en el embarazo y 900-950 para la exposición tardía.

Los resultados mostraron que el riesgo basal por 1000 mujeres no expuestas fue de 36.6 (intervalo de confianza del 95% 36.3 a 36.9) para malformaciones congénitas en general, 13.7 (13.5 a 13.9) para malformaciones cardiovasculares, 107.8 (107.3 a 108.3) para parto prematuro, 20.4 (20.1 a 20.6) para bajo peso para edad gestacional, 33.6 (33.3 a 33.9) para preeclampsia y 23.3 (23.1 a 23.4) para hemorragia posparto.

No se observó un aumento de riesgo para malformaciones congénitas en general, parto pretérmino, bajo peso para edad gestacional o preeclampsia. En los análisis ajustados versus embarazos no expuestos a duloxetina, el riesgo relativo fue 1.29 (0.99 a 1.68) para malformaciones cardiovasculares.

Si se consideraban sólo aquellas mujeres que habían recibido un mínimo de dos dispensaciones de duloxetina, el riesgo de malformaciones cardiovasculares aumentaba: 1.71 (1.21 to 2.41) al comparar con las no expuestas, 1.69 (1.11 to 2.56), con expuestas a ISRS y 2.10 (1.14 to 3.85) con las expuestas sólo antes del embarazo. Esta restricción muestral también aumentó la fuerza de asociación entre exposición temprana a duloxetina y riesgo de preeclampsia, siendo entonces la asociación significativa. Este aumento de riesgo no se observó al comparar con gestantes expuestas a venlafaxina, pareciendo un efecto de clase de los ISRS.

El riesgo relativo de hemorragia posparto para las expuestas a duloxetina durante el mes antes del parto fue de 1.53 (1.08 to 2.18) en comparación con las no expuestas o expuestas a ISRS 1.48 (1.03 a 2.12).

Las principales limitaciones de este estudio son el método inexacto de estimación de la fecha de la última regla y la falta de seguridad en cuanto al cumplimiento del tratamiento prescrito, lo que podría generar errores en la variable exposición.

Según la evidencia disponible hasta la fecha los autores concluyen que es poco probable que la duloxetina sea un teratógeno relevante, pero puede estar asociada con un mayor riesgo de hemorragia posparto y un pequeño aumento del riesgo de malformaciones cardíacas.



MANEJO DEL TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y EL PERÍODO POSPARTO: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA ACTUAL

MANAGING BIPOLAR DISORDER DURING PREGNANCY AND THE POSTPARTUM PERIOD: A CRITICAL REVIEW OF CURRENT PRACTICE

Sharma V, Sharma P, Sharma S.

Expert Review of Neurotherapeutics, 20:4, 373-383
<https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1743684>

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave que afecta al 2-4% de la población general. Debuta durante la adolescencia tardía o principio de la edad adulta, y por lo tanto afecta mujeres en edad fértil, lo que hace su manejo especialmente complicado durante esta etapa.

El artículo es una revisión y opinión de expertos sobre el efecto del embarazo y el período posparto en el curso de trastorno bipolar y su tratamiento farmacológico durante la etapa perinatal.

Aunque la evidencia científica no clarifica el efecto del embarazo sobre el curso del trastorno bipolar y aporta pocos datos que guíen las decisiones de tratamiento, sí ha demostrado tasas elevadas de recurrencia asociadas a la discontinuación de los estabilizadores del ánimo, especialmente si ésta se hace de manera brusca.

Los autores recuerdan que debería considerarse el deseo gestacional en todas las mujeres en edad fértil, ofrecer asesoramiento preconcepcional y evitar en esta etapa el uso de ácido valproico por su asociación con trastornos del desarrollo.

En cuanto al tratamiento, es necesario evaluar de forma personalizada el riesgo de la exposición a fármacos y la exposición a la enfermedad no tratada. Para ello se deben conocer las características tanto de la situación actual (tipo

y gravedad de episodio, comorbilidad psiquiátrica...) como de la historia de la enfermedad (frecuencia de episodios, respuesta a fármacos o psicoterapia y el efecto de eventos reproductivos).

En pacientes estables se puede valorar la retirada gradual del tratamiento de mantenimiento si los episodios previos fueron leves, intercalados por períodos largos de eutimia y en ausencia de comorbilidades psiquiátricas. En estas pacientes pueden aparecer cambios propios del embarazo como el estrés emocional o el insomnio al final del embarazo, pudiéndose ofrecer medicación de rescate para evitar el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos secundarios.

En aquellas pacientes estables, pero con alto riesgo de recurrencia aconseja mantener el tratamiento siempre que éste sea seguro y bien tolerado. En general, se recomienda el uso de un único fármaco, a dosis eficaz y duración óptima. Se puede evitar polifarmacia con fármacos con un amplio espectro de eficacia.

En caso de recurrencia, si no están tomando tratamiento, los autores recomiendan reintroducir un fármaco seguro que haya sido previamente eficaz, siguiendo las guías clínicas habituales y evitando valproato o carbamazepina. La evidencia actual respalda el uso de litio (a mínima dosis eficaz y bajo monitorización estricta) o antipsicóticos atípicos, evitando los más nuevos por la falta de información sobre su seguridad. En caso de que sí estén tomando tratamiento recomiendan revisar niveles, adherencia, abuso de sustancias o hipotiroidismo, y si toman antidepressivo, retirarlo.

Durante el período posparto, las mujeres corren un alto riesgo de recurrencia, por lo que la monitorización debe ser estrecha para detección temprana y manejo de los síntomas emergentes. Opciones adecuadas de tratamiento serían el uso de quetiapina sola o en combinación con lamotrigina. El tratamiento va dirigido a minimizar el riesgo de descompensaciones afectivas graves o psicóticas durante el posparto, que podrían suponer un riesgo para la madre o el recién nacido.



EXPOSICIÓN EN EL EMBARAZO A LOS FTALATOS Y ÁCIDO FÓLICO, Y RASGOS AUTISTAS EN NIÑOS CANADIENSES.

GESTATIONAL EXPOSURES TO PHTHALATES AND FOLIC ACID, AND AUTISTIC TRAITS IN CANADIAN CHILDREN.

Youssef Oulhote, Bruce Lanphear, Joseph M. Braun, Glenys M. Webster, Tye E. Arbuckle, Taylor Etzel, Nadine Forget-Dubois, Jean R. Seguin, Maryse F. Bouchard, Amanda MacFarlane, Emmanuel Ouellet, William Fraser and Gina Muckle

Environmental Health Perspectives, 128 (2)
<https://doi.org/10.1289/EHP5621>.

Antecedentes: Los Trastornos del Espectro Autista se caracterizan por dificultades de relación social, patrones comunicativos inusuales y comportamientos e intereses restringidos y repetitivos. Actualmente se conoce la importancia de los factores genéticos en su etiología, pero también se le da importancia a factores ambientales como la exposición a neurotóxicos en etapas tempranas del desarrollo. Estudios previos revelan una relación entre la exposición prenatal a los ftalatos y los síntomas autistas, y estudios más recientes han encontrado que el ácido fólico mitiga los efectos negativos para la salud de contaminantes y pesticidas en relación con los Trastornos del Espectro Autista.

Objetivo: evaluar la relación entre las concentraciones de ftalatos en orina en el primer trimestre de gestación y el desarrollo de síntomas autistas en niños de 3 y 4 años de Canadá. Además, se examinó el efecto de los ftalatos en el neurodesarrollo en función del sexo de los niños y el efecto modificador de los suplementos de ácido fólico durante el embarazo en relación con los ftalatos.

Métodos: se realizó un estudio longitudinal con 2001 mujeres embarazadas procedentes de diversas ciudades de Canadá, entre el año 2008 y 2011. Se les realizaron diversas

pruebas médicas durante el embarazo: análisis de orina y de ftalatos (analizándose la concentración de un total de 11 ftalatos), junto al control de la dosis de suplementos de ácido fólico. También se administraron cuestionarios para obtener información sobre variables sociodemográficas de madres e hijos, estrés parental (PSI), síntomas depresivos (CES-D10), factores implicados en el estilo de vida y evaluación de la sintomatología autista en 610 niños (SRS-2), siendo finalmente útiles los datos de 510 niños, relacionando posteriormente la concentración de ftalatos con la puntuación obtenida en el SRS-2 y analizando la capacidad modificadora del ácido fólico en dicha relación.

Resultados: los niños con una alta exposición durante el embarazo a los ftalatos mono-n-butyl (MBP) y mono-3-carboxipropil (MCPP) mostraron mayores puntuaciones en la escala total del cuestionario SRS-2 junto a un mayor deterioro social, déficits de cognición social, comunicación social, motivación social y comportamientos repetitivos e intereses restringidos, siendo esta relación entre dichos ftalatos y el deterioro social más significativa entre los chicos (bMBP =1.0; 95%CI:0.4,1.6; n=252) que entre las chicas (bMBP =0.1; 95%CI: -0.6, 0.7; n=258) y entre los niños con bajos niveles prenatales de ácido fólico (<400 lg=d) (bMBP =1.3; 95%CI:0.4,2.3; n=59) en comparación con aquellos con una dosis adecuada (≥400 lg=d) (bMBP =0.4; 95%CI: -0.1, 0.8; n=451).

Las limitaciones de este estudio tienen relación con la gran cantidad de factores que influyen en la presencia de TEA y deterioro social como, por ejemplo, el consumo de tabaco durante el embarazo.

Conclusión: la exposición durante el primer trimestre del embarazo a los ftalatos se relaciona con un mayor riesgo de alteraciones del neurodesarrollo, como son los Trastornos del Espectro Autista, especialmente en el sexo masculino. Se concluye además que la reducción de la exposición a los ftalatos presentes en productos cosméticos y de cuidado personal, algunos plásticos, envases, etc. y la administración de ácido fólico en las mujeres durante el embarazo se asocian a un menor riesgo de TEA.



FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PRENATAL Y PERINATAL EN LA PSICOSIS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

PRENATAL AND PERINATAL RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR PSYCHOSIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Cathy Davies, Giulia Segre, Andrés Estradé, Joaquim Radua, Andrea De Micheli, Umberto Provenzano, Dominic Oliver, Gonzalo Salazar de Pablo, Valentina Ramella-Cravaro, Maria Besozzi, Paola Dazzan, Maddalena Miele, Gianluigi Caputo, Cecilia Spallarossa, Georgia Crossland, Athif Ilyas, Giulia Spada, Pierluigi Politi, Robin M Murray, Philip McGuire, Paolo Fusar-Poli.

Lancet Psychiatry, 2020
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30057-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30057-2)

Antecedentes: Estudios anteriores han asociado diversidad de factores implicados en el inicio de psicosis tales como factores genéticos, epidemiológicos, ambientales y de neuroimagen. A pesar de ello, la implicación de factores de riesgo y protectores del inicio tardío de psicosis en relación con el periodo prenatal y perinatal no ha sido actualizada desde hace dos décadas.

Objetivo: Cuantificar la consistencia y la magnitud de las asociaciones entre los factores de riesgo prenatal y perinatal y los trastornos psicóticos no orgánicos, incluyendo psicosis afectivas y no afectivas.

Métodos: se realizó en primer lugar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas sobre estudios en inglés publicados hasta el 20 de julio de 2019, los cuáles, relacionaban los factores de riesgo prenatal y perinatal con los trastornos psicóticos y posteriormente se seleccionaron aquellos artículos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión. Los factores encontrados se clasificaron en cuatro categorías: factores prenatales y perinatales, factores relacio-

nados con el embarazo, relacionados con el parto y factores de desarrollo y crecimiento fetal. Se realizó un metaanálisis cuantitativo para cada factor de riesgo o protector y análisis de varianza. Los resultados fueron corregidos por sesgos de publicación, sensibilidad y metarregresión.

Resultados: 152 artículos fueron incluidos para la revisión, publicados entre septiembre de 1977 y julio de 2019. Se identificaron 98 factores de riesgo y factores protectores relacionados con los trastornos psicóticos. En cuanto a los factores de riesgo encontrados tras el metaanálisis, 30 factores fueron significativos. En relación con los factores protectores se identificaron 5. Los resultados de algunos factores de riesgo analizados fueron la edad materna (20 o menos (OR 1.17) y 30-34 (OR 1.05)), un número previo de 3 embarazos o más (OR 1.30) que se asoció como factor de riesgo mientras que no haber estado embarazada previamente fue un factor protector. También se asoció como factor de riesgo la psicología materna y paterna, la exposición a agentes infecciosos, el estrés materno, el déficit nutricional y las complicaciones durante el embarazo, entre otros. En relación con el momento del parto, los estados de asfixia se relacionaron con factores de riesgo (OR 1.93), así como el bajo peso al nacer: menos de 2000 kg (OR 1.84), menos de 2500 kg (OR 1.53) y 2500-2999 kg (OR 1.23). En cambio, un mayor peso al nacer se estableció como factor protector. Otros factores de riesgo fueron el parto prematuro, las malformaciones congénitas, la talla de longitud de nacimiento, entre otros.

Las limitaciones de la revisión sistemática y el metaanálisis se relacionaron con la heterogeneidad de varios factores de riesgo y la dificultad de aislar las complicaciones prenatales y perinatales de manera individual. También, la ausencia de algunos datos relevantes con referencia al sexo o feto que no fueron especificados en los estudios primarios.

Conclusión: la actualización del conocimiento sobre los factores prenatales y perinatales implicados en el inicio tardío de psicosis y también sobre aquellos factores protectores, podrían ser útiles en la terapia de tipo preventivo, así como para la predicción de riesgos.



USO DE ANTIDEPRESIVOS DURANTE EL EMBARAZO Y CONSECUENCIAS NEONATALES: UNA REVISIÓN GENERAL DE METAANÁLISIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES

USE OF ANTIDEPRESSANTS DURING PREGNANCY AND NEONATAL OUTCOMES: AN UMBRELLA REVIEW OF META-ANALYSES OF OBSERVATIONAL STUDIES

Annalisa Biffi, Anna Cantarutti, Federico Rea, Anna Locatelli, Rinaldo Zanini, Giovanni Corrao

Journal of Psychiatric Research (2020),
doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.023>

Muchas mujeres embarazadas que sufren trastornos depresivos son tratadas con medicamentos antidepresivos (AD). Metanálisis recientes subrayaron la posible relación entre el uso de AD y consecuencias neonatales, aunque los mecanismos subyacentes siguen sin estar claros.

Para resumir y evaluar las asociaciones entre el uso de AD en el embarazo y sus asociaciones con posibles consecuencias neonatales, las autoras realizan una umbrela review (que es una recopilación sistemática y evaluación de metanálisis realizado sobre un tema de investigación específico) de los metanálisis de estudios observacionales publicados hasta diciembre de 2019 en PubMed y Embase. Así mismo, también exponen las estimaciones de riesgo para las asociaciones entre el uso de AD de forma general, y para AD específicos, y el riesgo de resultados adversos neonatales.

La revisión incluyó 22 metaanálisis que investigan 69 asociaciones, que incluyen 1.175.720 mujeres que usaron AD durante el embarazo e investigaron 25 consecuencias neonatales diferentes. Sin embargo, ninguno obtiene evidencia científica convincente.

Los resultados sugieren asociaciones entre cualquier exposición al AD en cualquier momento y el riesgo de parto prematuro (riesgo relativo, 1.68; intervalo de confianza del 95% 1.52, 1.86); exposición en cualquier momento a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el riesgo de parto prematuro (1.43; 1.22, 1.37) y de dificultad respiratoria (1.33; 1.14, 1.55); y exposición a ISRS durante el primer trimestre del embarazo y el riesgo de malformaciones cardiovasculares (1.25; 1.13, 1.39). Existe bastante consenso

en la asociación de la exposición a AD con una puntuación baja de Apgar en el primer minuto de vida (diferencia promedio absoluta, -0.34; -0.53, -0.14).

En conclusión, los efectos de la exposición de AD durante el embarazo y su posible impacto en resultados neonatales se han estudiado ampliamente, pero pocas de las asociaciones pueden calificarse como evidencia de alta calidad. Las autoras insisten en la necesidad de que existan más estudios prospectivos y grandes colaboraciones con informes exhaustivos estandarizados de los análisis, aunque en la discusión reconocen la fortaleza de que se reporte claramente el tamaño de dicha evidencia. También señala que los diseños de muchos estudios contienen, diferenciando, por ejemplo, los momentos en que se administra el AD, lo que también encuentran positivo.

FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDÍACA CONGÉNITA: EL ESTUDIO BABY HEARTS, UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES BASADO EN LA POBLACIÓN

RISK FACTORS FOR CONGENITAL HEART DISEASE: THE BABY HEARTS STUDY, A POPULATION-BASED CASECONTROL STUDY

Helen Dolk, Nichola McCullough, Sinead Callaghan, Frank Casey, Brian Craig, Joanne Given, Maria Loane, Brieghe M. Lagan, Brendan Bunting, Breidge Boyle, Tabib Dabir

PLoS ONE 15(2): e0227908.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227908>

Este es un estudio cuyos resultados pueden generar una controversia científica que es interesante. Ya en tiempos pre-términos se observó que los factores clásicos, como el tabaquismo, sólo informaban, según algunos estudios, de un tercio de la etiopatogenia de las enfermedades cardiovasculares. El presente trabajo investiga el papel de los factores ambientales maternos en la etiología de la cardiopatía congénita (ECC). El diseño fue a través de un estudio de casos y controles basado en la población (242 casos (bebés con un defecto cardíaco congénito diagnosticado prenatalmente o antes de que el bebé tuviera seis meses) y 966 controles de bebés sanos).

Según los resultados, el riesgo de ECC se asoció con baja educación materna (OR -ajustado por factores de confusión- 1.59; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1.02-2.49), diabetes



pre-gestacional (OR 4.04; IC 95% 1.00–16.28), trastornos de coagulación materna auto-informados (OR 8.55, IC 95% 1.51–48.44), prescripciones del anticoagulante enoxaparina (adjOR 3.22, IC 95% 1.01–10.22) e infecciones vaginales auto-informadas (adjunto 1.69, IC 95% 1.01–2.80). No se observaron resultados que dieran apoyo a la hipótesis de que los suplementos peri-concepcionales de ácido fólico tuvieran un efecto protector. En cambio, sí hubo un efecto protector con el consumo frecuente de frutas ricas en folato (adjOR 0.64, IC 95% 0.47–0.89). En comparación con el patrón dietético más común antes del embarazo, el riesgo de cardiopatía coronaria se asoció con una dieta pobre en frutas y verduras (adjOR 1.56, IC 95% 1.05–2.34). Las madres con bebés con cardiopatía coronaria, informaron más estrés relacionado con el embarazo (adjOR 1.69; IC 95% 1.22–2.34) y factores estresantes múltiples (adjOR 1.94, IC 95% 0.83–4.53). No se encontró, en cambio, evidencia de apoyo para el riesgo de cardiopatía coronaria asociada con la obesidad, el tabaquismo, la depresión o el uso de antidepresivos en esta población.

En conclusión, estos hallazgos suman a una base de evidencia previa para mostrar el potencial de los enfoques de salud pública para ayudar a prevenir ECC en el futuro al modificar los factores ambientales. Más allá del resto de resultados, al ser los primeros en encontrar evidencia en ello, se debe seguir investigando sobre el riesgo elevado de ECC asociado con los trastornos de coagulación de la sangre materna y su tratamiento.

EL IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA FARMACOCINÉTICA DE LOS ANTIDEPRESIVOS: UNA REVISIÓN CRÍTICA SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

THE IMPACT OF PREGNANCY ON THE PHARMACOKINETICS OF ANTIDEPRESSANTS: A SYSTEMATIC CRITICAL REVIEW AND META-ANALYSIS

Georgios Schoretsanitis, Olav Spigset, Julia C. Stingl, Kristina M. Deligiannidis, Michael Paulzen & Andreas A. Westin

Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology,
DOI: 10.1080/17425255.2020.1750598

Los cambios fisiológicos relacionados con el embarazo ejercen un impacto crucial en la farmacocinética de los antidepresivos, aunque con inconsistencia según la evidencia actual. La mejor comprensión de los efectos relacionados con el embarazo en la prescripción de antidepresivos puede facilitar el desarrollo de pautas en los ajustes de dosis apropiadas durante el curso del embarazo.

Este trabajo revisa de forma sistemática, bajo el sistema PRISMA, metodología actualizada para este tipo de propósito, estudios que comparan niveles de antidepresivos en mujeres embarazadas y no embarazadas. La metodología de los estudios incluía aquellos cuyo diseño contenía múltiples medidas de los niveles de fármacos antidepresivos en plasma o suero en mujeres embarazadas y no embarazadas ("línea base"). Las muestras se habían obtenido en el tercer trimestre (a partir de la semana 26). Así mismo, se realizó un metanálisis para detectar cambios en las concentraciones ajustadas a la dosis para estimar las diferencias en las medias.

Los resultados revelan que, los datos obtenidos de diferentes antidepresivos, muestran patrones claros de alteración durante el embarazo. Sobre la base de las proporciones de alteración, la trimipramina, la fluvoxamina y la nortriptilina expresan una disminución notable en los niveles ajustados a la dosis, especialmente en el tercer trimestre. La clomipramina, la imipramina, el citalopram y la paroxetina muestran disminuciones menores en las concentraciones ajustadas a la dosis en el tercer trimestre. Para escitalopram, venlafaxina y fluoxetina, los cambios se consideran insignificantes. Para la sertralina, hubo una tendencia hacia mayores concentraciones ajustadas a la dosis en el embarazo. Los autores determinan que los cambios fisiológicos relacionados con el embarazo ejercen un impacto crucial en la farmacocinética de varios antidepresivos. Así mismo, debido a los cambios farmacocinéticos durante el embarazo, puede ser necesario ajustar la dosis para algunos medicamentos. Los datos limitados implican caídas en los niveles plasmáticos maternos ajustados a la dosis en un 50%, o incluso más, en el tercer trimestre para fluvoxamina, nortriptilina y trimipramina. Para otros antidepresivos, los cambios en las concentraciones plasmáticas durante el embarazo son menos pronunciados o incluso muestran lo contrario, lo que puede ser un riesgo de alta exposición al fármaco para el lactante. Se requieren más pruebas cuantitativas y cualitativas para comprender mejor el impacto del embarazo en la farmacocinética de los antidepresivos.



En conclusión, se recomienda un seguimiento clínico exhaustivo y el uso de monitorización terapéutica de medicamentos para todas las pacientes tratadas con antidepresivos durante el embarazo. La evidencia disponible presenta limitaciones importantes y los factores que afectan la farmacocinética no se han abordado suficientemente. Se requiere más investigación para promover el conocimiento sobre los efectos del embarazo en la farmacocinética de los antidepresivos.

EL ESTRÉS EN EL POSPARTO Y SUS CONSECUENCIAS EN EL BEBÉ: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA ACTUAL

POSTPARTUM STRESS AND INFANT OUTCOME: A REVIEW OF CURRENT LITERATURE

Oyetunji A, Chandra P

Psychiatry Research. 2020 Feb; 284:112769.
doi: 10.1016/j.psychres.2020.112769.

Antecedentes: Se ha demostrado que el estrés en el posparto se asocia con factores como el crecimiento infantil, la nutrición, el vínculo, el temperamento y, en última instancia, con la salud mental del bebé. Cuando es persistente, recurrente o crónico, el estrés puede tener un impacto muy negativo en el recién nacido, afectando diferentes áreas relacionadas con la salud mental, tales como crecimiento, desarrollo, alimentación, apego y el sueño.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo definir el efecto a nivel físico y funcional del estrés en el posparto, en diferentes medidas de bienestar mental del bebé.

Métodos: Para ello, se ha realizado una revisión sistemática de artículos en inglés publicados entre 1995 y 2019 en las bases de datos de PubMed, Medline y Psych, utilizando los siguientes términos de búsqueda: posparto, estrés, recién-nacido, crecimiento, desarrollo, nutrición, apego y sueño.

Resultados: Se realizaron estudios tanto cualitativos como cuantitativos y revisados con criterios de elegibilidad. Se definieron como criterios de inclusión los estudios en humanos, diagnóstico materno de depresión y ansiedad en el posparto. Se excluyeron todos los estudios en animales y estudios con mujeres que ya tomaban medicamentos. En total, se han revisado y resumido 74 artículos relacionados

con la asociación entre estrés posparto las variables de crecimiento, desarrollo, nutrición, sueño y apego materno fetal.

Discusión: El estrés posparto se asocia negativamente con trayectorias de desarrollo deficitarias y con déficits de crecimiento lineal, causando un retraso en el crecimiento; con un lenguaje y desarrollo cognitivo pobre; con una peor motricidad gruesa y fina, y afectación del sueño. También se ha observado una relación negativa con la lactancia materna y la depresión posparto. Más importante aún, la eficacia de la lactancia materna tiene un impacto positivo en el mantenimiento de una buena alimentación infantil. Se ha relacionado una mayor edad materna durante una depresión posparto como un factor de riesgo para un menor vínculo materno fetal. De acuerdo con esta revisión, parece existir un efecto dominó para la asociación entre el estrés posparto y una peor calidad de sueño del bebé.

Conclusión: Hay una evidencia científica sólida que correlaciona el estrés postraumático y una afectación en el bebé, y esta correlación está mediada por diversos factores externos. Se necesitan más estudios para delinear y potencialmente mitigar el impacto de factores modificables. Para este estudio, no se revisaron todos los artículos de la literatura.

EL PAPEL DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL VÍNCULO MATERNO FILIAL

THE ROLE OF POSTTRAUMATIC STRESS AND DEPRESSION SYMPTOMS IN MOTHER-INFANT BONDING

Radoša SN, Matijaša M, Anđelinovića M, Čartolovnić A, Ayers C S

J Affect Disord. 2020 May 1;268:134-140
doi: 10.1016/j.jad.2020.03.006.

Antecedentes: existe cierta evidencia de que el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) después del parto puede afectar el vínculo madre-bebé. Sin embargo, esta evidencia es inconsistente sobre si el TEPT o los síntomas depresivos comórbidos se relacionan principalmente con un peor vínculo.

Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo examinar la relación entre los síntomas de TEPT, los síntomas depresivos y el vínculo madre-bebé.



Métodos: Se trata de un estudio transversal online que incluyó a 603 madres de bebés de 1 a 12 meses de edad. Se utilizaron instrumentos de medida de TEPT (City Birth Trauma Scale, Ayers et al., 2018) que incluye dos subescalas de síntomas de TEPT relacionados con el nacimiento y síntomas generales de TEPT; depresión (Escala de depresión postnatal de Edimburgo, Cox et al., 1987) y vínculo madre-bebé (Cuestionario de vinculación posparto, Brockington et al., 2001).

Resultados: un peor vínculo se relacionó con ambas dimensiones de los síntomas de TEPT y los síntomas depresivos mediante un análisis bivariado. El análisis estadístico Path que testaba el modelo de si los síntomas depresivos mediaban el efecto de los síntomas de TEPT en el vínculo madre-bebé, encontró un papel diferenciado de los síntomas

de TEPT generales y los síntomas relacionados con el parto. Los síntomas de TEPT relacionados con el parto no tuvieron ningún efecto sobre el vínculo o sobre los síntomas depresivos. Por el contrario, los síntomas generales de TEPT tuvieron un efecto directo sobre el vínculo y un efecto indirecto sobre el vínculo a través de los síntomas depresivos.

Limitaciones: Se utilizaron medidas de autoinforme de TEPT y síntomas de depresión.

Conclusiones: Es necesario más investigación sobre los diferentes aspectos del TEPT posparto, la depresión y otros trastornos en el contexto del vínculo madre-bebé. Los futuros programas de prevención deberían centrarse en la reducción de los síntomas de TEPT en el posparto y depresión con vista a un vínculo madre-bebé más sano.



CREANDO RED EN SALUD MENTAL PERINATAL

El pasado 6 de mayo, en el contexto de la campaña del Día Mundial de la Salud Mental Materna, la Sociedad Marcé Española (MARES) se unió a la ONG MATERNA Salud Mental Perinatal (Argentina) para coordinar el **I Encuentro de la Red Iberoamericana para el Día Mundial de la Salud Mental Materna**. Este evento agrupó, por primera vez, a profesionales de la salud mental perinatal de países de habla hispana (Argentina, Chile, Paraguay, México y España) y permitió compartir las iniciativas que se están desarrollando en ellos para concienciar sobre la importancia de cuidar de la salud mental

materna. Participaron, en representación de Argentina, Ivana Moyano y Agustina Capurro (ONG MATERNA), M^a Aurelia González (FUNLARGUIA), Jennifer Walheim (Hospital Humberto Notti) y Melany Opiel (AREA); la Red Chilena de Salud Mental Perinatal estuvo representada por Rosario Alomar; M^a Asunción Lara (INPRFM) y Erica Medina presentaron las iniciativas desde México, y Florencia Galeano (CONACYT) desde Paraguay. En representación de las iniciativas y proyectos que se están llevando a cabo en España, participaron Gracia Lasheras, (MARES), Esther Ramírez (IESMP) y Jessica Rodríguez Czaplicki (AEPP). Este primer encuentro puede visualizarse en la cuenta de YouTube de la MARES: <https://www.youtube.com/watch?v=M9EAacHTpo8>

Pero este evento no ha quedado como un hecho aislado. A partir de aquí, **se está construyendo la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal**, conformada por profesionales que se dedican a esta disciplina, para impulsarla y darle visibilidad, vehiculizada por un idioma común que nos lo facilita. Desde MARES estamos construyendo el directorio de instituciones y profesionales y, como primer paso para facilitar la divulgación científica de la Salud Mental Perinatal, os enviaremos esta sección cada trimestre. Si deseas formar parte de esta Red, escríbenos a secretaria@sociedadmarce.org. ¡Te esperamos!

Dra. Gracia Lasheras

Presidenta de la Sociedad Española de Salud Mental Perinatal (MARES)