

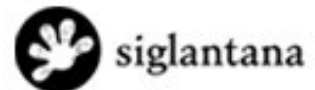


SALUD MENTAL PERINATAL

NOTÍCIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL N° 0

Gracia Lasheras^{1,3}, Borja Farré-Sender^{2,3}, Liliana Ferraz⁴,
Estel Gelabert⁴, Gemma Mestre^{2,5}, Ingrid Rovira⁶, Elena Serrano⁷

¹Psiquiatra. H. Universitario Quirón Dexeus (HUQD). Coordinadora de la Sección. ²Psicólogo. HUQD.
³Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR). ⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut.
UAB. Colaboradora SSMPR. ⁵Psicóloga. Consejo de Redacción. Colaboradora SSMPR. ⁶Psicóloga. H. Clínic de Barcelona,
sede Maternitat. Colaboradora SSMPR. ⁷Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid.





ANTECEDENTES MATERNOS DE MALTRATO INFANTIL Y RIESGO DE DEPRESIÓN MATERNA EN EL PERÍODO PERINATAL: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

MATERNAL HISTORY OF CHILD MALTREATMENT AND MATERNAL DEPRESSION RISK IN THE PERINATAL PERIOD: A LONGITUDINAL STUDY

Yang Li, Zhouting Long, Danfeng Cao, Fenglin Cao

Child Abuse & Neglect 63 (2017) 192-201.

Este estudio evalúa la relación entre los tipos de maltrato infantil sufridos por la mujer en su infancia (incluyendo el factor acumulativo de maltratos) con el riesgo de depresión materna a lo largo del período perinatal. En total, 276 mujeres embarazadas fueron reclutadas de una clínica prenatal en un Hospital General en China en su visita rutinaria, por lo que se trata de población general. Se evaluó a las madres en tres tiempos: a final del embarazo (a partir de la semana 28), en la semana 1 y en la semana 4 del posparto. Se utilizó el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS). Mediante el análisis de ecuaciones de estimación generalizadas se observa que el abandono físico y emocional infantil, así como los múltiples tipos de maltrato infantil se asociaron con un mayor riesgo de depresión a lo largo del período perinatal.

Los modelos de regresión multinomial mostraron que la negligencia física y los múltiples tipos de maltrato predecían un mayor riesgo de depresión tanto prenatal como posparto. El abuso emocional y sexual y la negligencia emocional predijeron el riesgo de depresión prenatal, mientras que ninguno de estos tres tipos de maltrato en la infancia predijo riesgo de depresión posparto. El abuso físico no predijo el riesgo de depresión prenatal y posparto. Los hallazgos sugieren que la historia materna de abandono físico y emocional del niño desempeña un papel importante en el riesgo de depresión perinatal con el abandono físico como el predictor más importante.

LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO Y EN EL POSPARTO SE ASOCIA A CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA CEREBRAL EN LOS HIJOS EN EDAD PREESCOLAR

PREPARTUM AND POSTPARTUM MATERNAL DEPRESSIVE SYMPTOMS ARE RELATED TO CHILDREN'S BRAIN STRUCTURE IN PRESCHOOL

Lebel C, Walton M, Letourneau N, Giesbrecht GF, Kaplan BJ, Dewey D

Br J Clin Pharmacol. 2016 Nov 22.

La depresión materna perinatal es un serio problema de salud, con posibles consecuencias negativas a largo plazo para la descendencia. La depresión prenatal se ha asociado a alteraciones de la materia gris del cerebro en la infancia, aunque las relaciones entre la depresión posparto y el cerebro de los niños, y el papel de la sustancia blanca, no están claros.

El **objetivo** del estudio fue estudiar 52 mujeres para las que se disponía de las puntuaciones de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) durante cada trimestre del embarazo y a los 3 meses del posparto; sus hijos se sometieron a resonancia magnética a la edad de 2,6 a 5,1 años, y se examinaron las asociaciones entre los síntomas depresivos maternos y las medidas de resonancia magnética del grosor cortical y la estructura de la sustancia blanca en los niños.

Según los **resultados** obtenidos, el grosor cortical en dos áreas del hemisferio derecho correlacionaba negativamente con los síntomas depresivos maternos del segundo trimestre, después de controlar la edad, el sexo, la edad gestacional y el peso al nacer del niño, así como la educación materna postsecundaria. Una región se localizó en el área frontal inferior derecha e incluyó gran parte de la pars opercularis y pars triangularis, y pequeñas secciones de las áreas de lanteras centrales precentral y rostral; la otra región correspondió a las regiones temporales media y superior e incluyó pequeñas secciones de las áreas temporal y supramarginal inferior. Dichas correlaciones se mantuvieron tras controlar para la variable EPDS posparto. Los síntomas depresivos durante el primer y el tercer trimestre no se relacionaron significativamente con el grosor cortical. También se obtuvieron patrones estructurales en la materia blanca diferentes, pero no se mantuvieron tras controlar la variable EPDS posparto.

Las puntuaciones EPDS posparto se correlacionaron negativamente con el grosor cortical frontal superior derecho de los niños y con la difusividad en la sustancia blanca procedente de esa región, incluso después de controlar la variable depresión antenatal.



Estos tipos de cambios nos sugieren que los niños cuyas madres estaban más deprimidas tienen un patrón más maduro de estructura cerebral, su materia gris era más delgada, y sabemos que, con la edad, la materia gris se vuelve más delgada. Es decir, la descendencia de las madres que estaban más deprimidas tienen un patrón prematuro de su estructura cerebral, lo que podría significar una pérdida de flexibilidad y adaptabilidad.

El hecho de que las alteraciones descritas se vinculen selectivamente al segundo trimestre del embarazo podría ser explicado porque el desarrollo del cerebro es un proceso complicado y es muy probable que exista una ventana estrecha óptima para que se produzca cada etapa del desarrollo.

Solo una de las 52 mujeres en este estudio fue tratada con antidepresivos. Una pregunta planteada por los autores es si el tratamiento de la depresión con medicamentos podría haber evitado estas alteraciones en el desarrollo del cerebro de la descendencia.

En **conclusión**, los síntomas depresivos maternos, prenatales y posparto se asocian con alteración de la estructura de la sustancia gris en los niños/as. Las correlaciones observadas de la materia blanca parecen estar exclusivamente relacionadas con el período posparto. El espesor reducido y la difusividad sugieren un desarrollo prematuro del cerebro en niños expuestos a síntomas maternos depresivos perinatales. Estos resultados ponen de relieve la importancia de garantizar una salud mental óptima de las mujeres durante todo el período perinatal, ya que los síntomas depresivos maternos parecen aumentar la vulnerabilidad de los niños a un desarrollo cerebral no óptimo.

EL USO DE LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) Y LOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (O NOREPINEFRINA) (ISRN) DURANTE EL EMBARAZO, Y EL RIESGO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL NEONATO (HPPN)

SSRI AND SNRI USE DURING PREGNANCY AND THE RISK OF PERSISTENT PULMONARY HYPERTENSION OF THE NEWBORN

Bérard A, Sheehy O, Zhao JP, Vinet E, Bernatsky S, and Abrahamowicz

M. Br J Clin Pharmacol. 2016 Nov 22. Accepted for publication, doi: 10.1111/bcp.13194

El uso de ISRS durante el embarazo se ha asociado con un aumento del riesgo de hipertensión pulmonar persistente en el neonato (HPPN), sin embargo, se disponen de escasos datos en el caso de la exposición a ISRN. La HPPN es una condición muy poco frecuente, pero de riesgo vital y que ocurre habitualmente en las primeras horas tras el nacimiento.

El presente estudio tiene como **objetivo** cuantificar la asociación entre la exposición a ISRS o ISRN durante la gestación y el riesgo de HPPN.

Se emplearon los datos de la **cohorte poblacional prospectiva** Quebec Pregnancy Cohort (QPC), del que se incluyeron los registros de todas las mujeres embarazadas entre enero de 1998 y diciembre de 2010 en la provincia de Quebec con nacimiento único, vivo; esta información fue contrastada con la aportada por las madres. Los datos sobre las madres y los niños tras el parto también fueron recogidos. Se contabilizaron los casos registrados de HPPN (CIE-9: 416, 747.8; ICD-10: I27, I521, P293) en las primeras 6 semanas de vida.

Los datos se dividieron en cuatro categorías según el tipo de exposición: 1) ISRS (paroxetina, sertralina, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina); 2) ISRN (venlafaxina); 3) otro antidepresivo (bupropión, mirtazapina, amitriptilina, desipramina, doxepina, imipramina, nortriptilina, trimipramina, clomipramina, L-triptófano, trazodona, moclobemida, buspirona), y 4) sin exposición a antidepresivos. Este último grupo se consideró el de referencia.

El período de exposición se categorizó en exposición en: 1) la primera mitad del embarazo (hasta la semana 20), 2) la segunda



mitad del embarazo (desde la semana 21 hasta el final del embarazo), 3) a lo largo del embarazo y 4) sin exposición.

Para **calcular** el riesgo estimado y los intervalos de confianza (95%) se utilizaron los modelos de ecuaciones de estimación generalizada. Los análisis de los datos se ajustaron por las variables de confusión (p. ej., edad materna y otros factores sociodemográficos, historia de ansiedad o depresión materna antes del embarazo, hipertensión o diabetes).

Respecto a los **resultados**, fueron incluidos un total de 143281 embarazos. La HPPN fue identificada en un 0,2%, de los recién nacidos. Tras ajustar por los potenciales factores de confusión, incluida la depresión materna, el uso de ISRS durante la segunda mitad del embarazo se asoció con un aumento del riesgo de HPPN ($\alpha\text{OR}=4,29$; IC 95% =1,34-13,77) respecto a los que no emplearon antidepresivos. El uso de ISRN durante la misma ventana de tiempo de exposición no se asoció de forma estadísticamente significativa con el riesgo de HPPN ($\alpha\text{OR}=0,59$; IC 95% =0,06-5,62). El uso de ISRS y ISRN antes de la semana 20 de gestación no se relacionó con el riesgo de HPPN.

Otros factores que se asociaron con el riesgo de HPPN fueron la diabetes y una mayor edad maternas.

Los autores del estudio **concluyeron** que la exposición a ISRS durante la segunda mitad del embarazo se asocia con un mayor riesgo de HPPN frente a la no exposición a antidepresivos. Sin embargo, no fue posible comprobar si la exposición a ISRN durante ese mismo período de tiempo también aumentaba el riesgo de HPPN. Dado que la HPPN es una afección poco común, esto se podría explicar por el pequeño tamaño muestral y por la falta de poder estadístico. Además de la exposición a ISRS, la edad avanzada materna y la diabetes materna también predecían un mayor riesgo para la HPPN. Es importante señalar para la correcta interpretación de los resultados que algunos factores de confusión como el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco) y la toma de ácido fólico durante el embarazo no pudieron ser controlados por carecer de esta información.

ASOCIACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS) DURANTE EL EMBARAZO CON LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE/HABLA, DEL APRENDIZAJE Y MOTORES EN LA DESCENDENCIA

ASSOCIATION OF SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR EXPOSURE DURING PREGNANCY WITH SPEECH, SCHOLASTIC, AND MOTOR DISORDERS IN OFFSPRING

Brown AS, Gyllenberg D, Malm H, McKeague IW, Hinkka-Yli-Salomäki , Artama M, Gissler M, Cheslack-Postava K, Weissman MM, Gingrich JA, Sourander A

JAMA Psychiatry. 2016 Nov 1;73(11):1163-1170.

Los trastornos del lenguaje/habla, aprendizaje y motores en los hijos expuestos son frecuentes en la infancia. Con el **objetivo** de evaluar si la exposición a ISRS durante la gestación se asocia con un mayor riesgo de trastornos del lenguaje/habla, aprendizaje y motores en la descendencia, en el presente estudio **se examinaron** los datos del registro de una cohorte de nacimiento poblacional nacional en Finlandia desde 1996 a 2010. En la muestra se incluyeron los datos del uso de antidepresivos y la presencia de trastornos depresivos y relacionados durante la gestación en 845345 mujeres embarazadas y su descendencia de hijos únicos hasta los 14 años de edad.

La **muestra** de díadas madre-hijo se dividió en tres grupos en función de tipo de exposición durante el embarazo: 1) 15596 pertenecieron al grupo de exposición a ISRS, es decir, madres diagnosticadas de depresión y trastornos relacionados con historia de tratamiento con ISRS durante la gestación; 2) 9537 pertenecían al grupo no medicado, es decir, madres con depresión y trastornos relacionados sin historia de tratamiento con ISRS durante la gestación, y 3) 31207 en el grupo de no expuestos, es decir, madres sin diagnóstico de trastorno psiquiátrico y sin historia de tratamiento con ISRS durante la gestación. La información acerca de la exposición proviene del registro de adquisición de la medicación prescrita dentro del sistema nacional de salud.

Las **medidas principales** fueron la incidencia acumulada de trastornos del lenguaje/habla, académicos y motores desde el nacimiento hasta los 14 años de edad.



Como **resultado**, de los 56340 niños incluidos en la cohorte final, 28684 (50,9%) eran varones y 48782 (86,6%) tenían 9 años o menos. La media de edad de los diagnósticos (DS) fueron 4,43 (1,67), 3,55 (2,67) y 7,73 (2,38) para los trastornos del lenguaje/habla, aprendizaje y motores, respectivamente. Estos diagnósticos fueron realizados por clínicos expertos en los trastornos del neurodesarrollo.

La descendencia de las madres que adquirieron ISRS al menos en dos ocasiones durante la gestación presentó un aumento del riesgo significativo del 37% de padecer trastornos del lenguaje/habla en comparación con el grupo no medicado. El riesgo acumulado de padecer un trastorno del lenguaje/habla fue de 0,0087 en el grupo expuestos a ISRS frente a 0,0061 en el grupo no medicado (cociente de riesgo=1,37; IC95%=1,11-1,70; $p = 0,004$). Se encontró un aumento significativo de estos trastornos en la descendencia de los expuestos a ISRS y en los no medicados, con respecto al grupo de no expuestos. Para los trastornos del aprendizaje y motores, no se encontraron diferencias entre los expuestos a ISRS y los no medicados.

En **conclusión**, los autores encontraron un aumento del riesgo significativo de trastornos del lenguaje/habla en la descendencia de las madres que adquirieron al menos en dos ocasiones ISRS durante el embarazo, comparado con las que presentaban trastornos depresivos y relacionados sin historia de adquisición de ISRS. No es posible descartar que esta diferencia se relacione con la gravedad del trastorno en la madre. En cualquier caso, el tamaño del efecto de la asociación es pequeño, por lo que en el estudio de la vulnerabilidad a los trastornos del lenguaje/habla en la descendencia expuesta a ISRS se deberán tener en cuenta otros factores contribuyentes de tipo ambiental y/o genético.

ESTABILIZADORES DEL HUMOR Y ANTIP- SICÓTICOS DURANTE LA LACTANCIA: EN- FOQUE EN EL TRASTORNO BIPOLAR (TB)

MOOD STABILIZERS AND ANTIPSYCHOTICS DURING BREASTFEEDING: FOCUS ON BIPOLAR DISORDER

Pacchiarotti I, Leon-Caballero J, Murru A, Verdolini N, Furio M, Pancheri C, Valenti M, Samalin L, Roige ES, Gonzalez Pinto A, Montes JM, Benabarre A, Crespo JM, de Dios Perrino C, Goikolea JM, Gutierrez Rojas L, Carvalho AF, Vieta E

Eur Neuropsychopharmacol 2016 Oct 26 (10): 1562-1578.

La lactancia materna es considerada la ideal para la descendencia: es una fuente de nutrientes y proporciona mayor protección para la inmunidad del recién nacido; sin embargo, la etapa del posparto supone un gran riesgo de recaída en mujeres que sufren TB, especialmente en las que interrumpen el tratamiento farmacológico. Es por ello que resulta esencial conocer el nivel de seguridad de los fármacos estabilizadores del humor durante la etapa de la lactancia, a fin de poder realizar un correcto balance riesgo/beneficio en estas pacientes.

El **objetivo** del estudio fue realizar una revisión sistemática sobre los riesgos y beneficios del uso de estabilizadores del ánimo y antipsicóticos en mujeres con TB que lactaban. Los autores utilizan la metodología PRISMA (Preferred Reporting Items For Systematic Reviews), informando claramente la cantidad estimada de fármaco o los efectos en los lactantes. La selección final incluyó un total de 56 estudios.

Según los **resultados** obtenidos, los datos disponibles apoyan el uso de litio como una posible opción de tratamiento durante la lactancia; la carbamazepina y el ácido valproico también se consideran relativamente seguros. La lamotrigina se puede utilizar pero ajustando a las dosis más bajas y considerándola para casos concretos. Entre los antipsicóticos, la quetiapina y la olanzapina deben considerarse como opciones de tratamiento de primera línea; la risperidona puede ser compatible con la lactancia materna bajo supervisión médica, mientras que la clozapina y la amisulpirida están actualmente contraindicadas.

En **conclusión**, existen evidencias de opciones psicofarmacológicas válidas para el tratamiento del TB en mujeres que lactan, aunque se necesitan estudios de ofrezcan resultados a largo plazo en la evaluación de la salud, y el funcionamiento psicosocial y cognitivo de la descendencia.



MATERNAL POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMS PREDICT DELAY IN NON-VERBAL COMMUNICATION IN 14-MONTH-OLD INFANTS

MOOD STABILIZERS AND ANTIPSYCHOTICS SÍNTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL POSPARTO Y COMUNICACIÓN NO VERBAL

Emiko Kawai, Shu Takagai, Nori Takei, Hiroaki Itoh, Naohiro Kanayama, Kenji J. Tsuchiya, for HBC Study Team

Infant Behavior & Development. 2017;46:33-45.

La literatura reciente subraya la relevancia de la comunicación no verbal, sugiriendo que esta habilidad se desarrolla en la infancia y es sucedida por las habilidades de comunicación verbal. Numerosos estudios destacan que el rol materno resulta imprescindible para facilitar la comunicación no verbal en los bebés; asimismo, investigaciones recientes clarifican que, si se produce una disminución de la respuesta materna en la interacción con el bebé, la habilidad de comunicación no verbal puede verse afectada. Por tanto, la presencia de síntomas depresivos maternos tras el parto podría reducir la capacidad de respuesta del bebé y, consecuentemente, afectar a su desarrollo psicológico y biológico.

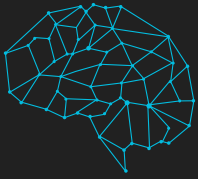
El **objetivo** central del presente estudio fue investigar la posible relación entre los síntomas depresivos maternos durante el posparto y las habilidades de comunicación no verbal de los bebés a los 14 meses de edad mediante un estudio de cohorte compuesto por 951 lactantes; asimismo, se analizaron los factores que podrían influir en esta asociación. Para este fin, las madres fueron evaluadas mediante la Edinburgh Postnatal Depression Scale y el MacArthur-Bates Communicative Development Inventories, que incluye dominios centrados en los gestos tempranos y los posteriores; además, se incluyeron datos sociodemográficos y perinatales obtenidos a través de entrevistas con las madres.

Los **resultados** mostraron que los lactantes cuyas madres presentaban un nivel de síntomas depresivos (13+ puntos) durante el primer mes después del parto y a las 10 semanas aproximadamente, se encontraban a 0,5 desviaciones estándar por debajo de la norma en las puntuaciones de gestos tempranos y a 0,5-0,7 desviaciones estándar por debajo de la norma en las puntuaciones referentes a los gestos posteriores. Estas asociaciones eran independientes de posibles explicaciones, como la depresión/ansiedad materna antes del nacimiento o las prácticas de lactancia materna,

entre otros factores.

Por tanto, estos hallazgos sugieren que los síntomas depresivos presentados por las madres en el período del posparto, particularmente durante el primer mes después del parto, pueden afectar negativamente las interacciones sociales tempranas del bebé, presentando éste un mayor riesgo de experimentar retraso en el desarrollo no verbal. En conjunto, los autores **concluyen** que la presencia de síntomas depresivos maternos, no solo durante el primer mes, sino también a las 10 semanas posparto, tiene un efecto perjudicial en las puntuaciones de comunicación no verbal presentadas por los hijos a los 14 meses de edad.

Las implicaciones del presente estudio podrían ayudar a comprender mejor el riesgo de retraso en el desarrollo en bebés de madres con síntomas depresivos en el posparto, que parece ser independiente de la psicopatología materna prenatal o de las prácticas de lactancia materna. Por otro lado, aunque en los contextos neuropediátricos se ha informado que el retraso del desarrollo de las habilidades de comunicación no verbal es un predictor de la aparición de autismo y trastornos del espectro autista, literatura reciente sugiere que este retraso no es específico de estos trastornos, sino de alteraciones del lenguaje. Son necesarios, por tanto, más estudios en esta línea a fin de evaluar las alteraciones a medio y largo plazo que esta sintomatología pueda ocasionar en los bebés.



ASOCIACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PERINATALES CON EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. UNA COHORTE DE NACIMIENTOS BASADA EN LA POBLACIÓN; ESTUDIO CONTROL DE HERMANOS

ASSOCIATION OF PERINATAL RISK FACTORS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. A POPULATION-BASED BIRTH COHORT; SIBLING CONTROL STUDY

G. Brander, M. Rydell, R. Kuja-Halkola, L. Fernández de la Cruz, P. Lichtenstein, E. Serlachius, C. Rück, C. Almqvist, B. M. D'Onofrio, H. Larsson, D. Mataix-Cols

JAMA Psychiatry. 2016Nov 1;73(11):1135-1144.

Los estudios realizados con el objetivo de detectar factores de riesgo para desarrollar un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) han tenido hasta el día de hoy un enfoque más genético que ambiental, recibiendo poca atención los factores ambientales. Debido a que estos son, al menos, tan importantes como los genéticos, los autores de este artículo han dado prioridad a detectarlos. Estudios previos, la mayoría de ellos retrospectivos, indican que las complicaciones perinatales juegan un papel en el TOC, pero importantes debilidades metodológicas limitan la confianza de sus conclusiones.

El **diseño**, basado en estudios de familias, permite un mayor control para distinguir factores genéticos de ambientales. Comparando hermanos criados en la misma familia se logra una exclusión de variables confusorionales. Este estudio longitudinal de cohortes trató de explorar el posible vínculo causal entre el TOC y una serie de factores perinatales. A diferencia de estudios previos que tendieron a explorar un número limitado de factores de riesgo a la vez, estos autores han investigado una amplia muestra de covariables (año de nacimiento, sexo, edad materna y paterna al nacer, y paridad). Utilizaron un diseño de comparación de hermanos para controlar aún más los factores de confusión familiar compartidos.

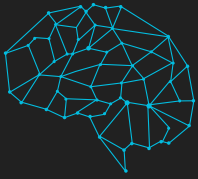
El estudio de cohortes constó de todos los nacimientos únicos en Suecia desde el 1 de enero de 1973 hasta el 31 de diciembre de 1996 (n = 2421284) los cuales fueron seguidos hasta el 31 de diciembre de 2013. Los datos se obtuvieron del Registro de Nacimientos Médico de Suecia, del Registro Multigeneracional sueco, del Registro de Migración y del Registro de Causa de Defunción. De las 1403651 familias de la cohorte, se evaluaron los hermanos

diferencialmente expuestos de las 743885 familias con hermanos; de ellos, 11592 familias incluyeron grupos de hermanos completos que eran discordantes para el TOC. El análisis de los datos se llevó a cabo desde el 26 de enero de 2015 hasta el 5 de septiembre de 2016.

En el análisis se incluyeron **variables** como tabaquismo materno durante el embarazo, parto obstétrico y presentación del feto, edad gestacional y peso al nacer, puntuación Apgar y circunferencia de la cabeza.

Según los **resultados** del estudio, de los 2421284 individuos incluidos en la cohorte, 17305 fueron diagnosticados de TOC; de estos, 7111 fueron varones (41,1%), con una media de edad de los sujetos en su primer diagnóstico de TOC de 23,4 años. Un mayor riesgo de TOC se mantuvo después de controlar los factores de confusión familiar compartidos y las covariables medidas (sexo, año de nacimiento, edad materna y paterna al nacer, y paridad) por fumar 10 o más cigarrillos al día durante el embarazo (Hazard Ratio [HR], 1,27; IC del 95%: 1,02-1,58), presentación de nalgas del bebé (HR, 1,35; IC del 95%: 1,06-1,71), parto por cesárea (HR 1,17; IC del 95%: 1,01-1,34), parto prematuro (HR, 1,24; IC del 95%: 1,07-1,43), peso al nacer de 1501 a 2500 g (HR, 1,30; IC del 95%: 1,05-1,62) y puntuaciones de socorro en el Apgar a los 5 minutos (HR, 1,50; IC del 95%: 1,07-2,09). La edad gestacional y el peso al nacer estaban asociados inversamente, con lo que se observó un riesgo cada vez mayor de TOC en niños con menor edad gestacional y menor peso al nacer. También observaron una asociación entre el número de eventos perinatales y un incremento de riesgo para TOC, con una HR de 1,11 (IC del 95%: 1,07-1,15) para 1 evento a 1,51 (IC del 95%: 1,18-1,94) para 5 o más.

Con este largo estudio, los autores **concluyeron** que una gama de factores de riesgo perinatal se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar TOC, confirmando y ampliando resultados de estudios retrospectivos previos, independientemente de los factores de confusión familiares compartidos, lo que sugiere que los factores de riesgo perinatal pueden estar en la vía causal del TOC.



RIESGO DE PSICOSIS PUERPERAL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE FIV: UN ESTUDIO CASO-CONTROL A ESCALA NACIONAL

RISK OF POSTPARTUM PSYCHOSIS AFTER IVF TREATMENT: A NATIONWIDE CASE-CONTROL STUDY

**J. Vikström, A. Josefsson, M. Hammar, M. Bladh
and G. Sydsjö**

Hum Reprod. 2017 Jan;32(1):139-146.

Los estudios realizados con el objetivo de detectar factores de riesgo para la psicosis puerperal (PP) es un severo trastorno mental materno que se produce en el 0,1-0,2% de los nacimientos en las primeras cuatro semanas después del parto. Los síntomas incluyen ilusiones, alucinaciones, cambios de humor, desorganización conductual, confusión y estupor. En la mayor parte de los casos es necesaria la hospitalización, afectando negativamente la interacción madre-hijo y el desarrollo del bebé, con riesgo de suicidio o infanticidio. Los factores de riesgo para sufrir PP son: historia previa de PP, trastorno bipolar (TB), primiparidad, historia familiar de PP o TB, historia de trastornos psicóticos, alta edad materna, complicaciones en el embarazo y parto, como preeclampsia o trastornos inmunes relacionados, nacimiento pretérmino y cesárea.

Una de las hipótesis que se plantean estos autores es el riesgo a sufrir PP en mujeres que conciben a sus hijos a través de tratamiento de FIV, pues en estos embarazos se ha observado una mayor incidencia de factores anteriormente mencionados (alta edad materna y complicaciones en el embarazo y el parto); asimismo, no ha habido hasta el presente artículo otros estudios relacionados. El objetivo del presente estudio es valorar si existe diferencia en el riesgo de sufrir PP entre concepciones naturales y tratamientos de FIV.

La investigación se basa en un estudio a escala nacional de caso-control a través de los registros suecos disponibles. Por un lado, las madres-caso (n = 10412) se obtuvieron del registro sueco de FIV desde el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 2012; por otro lado, la muestra madres-control (n = 18624) fueron seleccionadas aleatoriamente al azar del Registro Médico de Nacimientos.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron las siguientes: sociodemográficas (estatus marital, nivel educacional y edad materna al nacimiento), factores del embarazo y parto (modo de nacimiento, peso al nacer, edad gestacional, complicaciones como

diabetes y preeclampsia) y diagnósticos psiquiátricos pre y posparto (limitados a los 5 años previos a la concepción y un año después: depresión, fobias, otros trastornos de ansiedad, TOC, reacciones severas al estrés, trastornos psicóticos, y trastornos de personalidad y comportamiento). Las asociaciones entre PP y FIV/concepción espontánea fueron analizadas usando pruebas de Chi cuadrado y regresiones logísticas controlando las variables conocidas de riesgo para PP.

Los **resultados** obtenidos indicaron que el riesgo a sufrir PP no es superior en mujeres que realizan tratamientos de FIV en comparación a las que conciben espontáneamente, siendo rechazada la hipótesis inicial del estudio. El riesgo de padecer PP se incrementaba con los antecedentes previos de algún trastorno psiquiátrico ($p < 0,001$; OR = 40,7; IC95% = 23,9-69,5) o específicamente psicosis ($p < 0,001$; OR = 324,1; IC95% = 131,3-800), trastorno bipolar ($p < 0,001$; OR = 516,1; IC95% = 264,3-1008,1), depresión ($p < 0,001$; OR = 27,5; IC95% = 16,2-46,5), ansiedad ($p < 0,001$; OR = 12,9; IC95% = 7,4-22,6) o trastorno de la personalidad ($p < 0,001$; OR = 27,3; IC95% = 11,8-63) en los últimos cinco años. De acuerdo con estudios previos, este estudio muestra mayor riesgo en tratamientos de FIV para la preeclampsia, cesárea y nacimientos pretérmino, complicaciones que se identifican a su vez con variables de riesgo de PP, así como una historia de trastornos mentales.

Los autores **concluyen** que la PP es una enfermedad poco frecuente y la muestra del estudio fue pequeña; a pesar de que se incluyeran todas las mujeres detectadas en el registro, no fue posible incrementar la potencia del estudio usando este diseño, por lo que son necesarias más investigaciones para verificar estos resultados.



EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN LOS PADRES Y MADRES DE BEBÉS MUY PREMATUROS DURANTE EL PERÍODO POSNATAL

EVOLUTION OF DEPRESSION AND ANXIETY SYMPTOMS IN PARENTS OF VERY PRETERM INFANTS DURING THE NEWBORN PERIOD

Carmen C. Pace; Alicia J. Spittle; Charlotte M.L. Molesworth; Katherine J. Lee; Elisabeth A. Northam; Jeanie L.Y. Cheong; Peter G. Davis; Lex W. Doyle; Karli Treyvaud; Peter J. Anderson

JAMA Pediatrics. 2016;170(9):863-870.

Tras un parto muy prematuro, las madres experimentan un incremento de los síntomas ansiosos y depresivos; sin embargo, se desconoce la forma en que estos síntomas evolucionan durante los primeros meses después del nacimiento del bebé. Por otro lado, la investigación realizada sobre el ajuste psicológico de los padres en esta situación es muy escasa. Los **objetivos** de este trabajo fueron describir la trayectoria y los factores predictores de malestar psicológico en los padres y madres de recién nacidos muy prematuros durante las primeras 12 semanas después del nacimiento, y comparar las tasas de depresión y ansiedad con las de los padres y madres de recién nacidos sanos nacidos a término después del nacimiento y a los 6 meses de edad.

Para ellos se realizó un estudio de cohorte longitudinal, prospectivo, de seguimiento de síntomas de depresión y ansiedad en padres y madres de recién nacidos muy prematuros (edad gestacional < 30 semanas; ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Royal Women's Hospital, Melbourne, Australia, entre el 21 de enero de 2011 y el 23 de diciembre de 2013), evaluados cada 2 semanas hasta las 12 semanas y a los 6 meses después del nacimiento del bebé, así como en los padres de bebés sanos nacidos a término (edad gestacional \geq 37 semanas; peso al nacer > 2499 g; nacidos en el mismo hospital entre el 15 de agosto de 2012 y el 26 de marzo de 2014; no ingresados en la unidad de neonatología) poco después del nacimiento y a los 6 meses. Los síntomas de depresión se evaluaron con la Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) y los de ansiedad con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). El estudio incluyó a 113 madres y 101 padres de 149 bebés muy prematuros, así como 117 madres y 110 padres de 151 bebés sanos nacidos a término.

Los **resultados** mostraron que las puntuaciones medias y las tasas de depresión y ansiedad disminuyeron, tanto en los padres como en las madres de los recién nacidos muy prematuros a lo largo de las 12 semanas después del nacimiento: el promedio (IC 95%) de cambio en la puntuación de la depresión por semana fue -0,52 (-0,73 a -0,31; $p < 0,001$) para las madres y -0,39 (-0,56 a -0,21; $p < 0,001$) para los padres. El cambio medio (IC 95%) en la puntuación de ansiedad por semana fue de -0,16 (-0,26 a -0,05; $p = 0,003$) para las madres y -0,22 (-0,31 a -0,15; $p < 0,001$) para los padres. Sin embargo, las tasas de depresión y ansiedad no disminuyeron más allá del 20%. Pocos factores de riesgo perinatal o social predijeron los cambios en la depresión y/o la ansiedad. En comparación con los padres de los bebés sanos nacidos a término, los padres y madres de los bebés muy prematuros presentaron tasas de depresión superiores, tanto después del nacimiento del bebé (madres: 6% vs 40%; OR = 9,9, IC 95% = 4,3-23,3; $p < 0,001$; padres: 5% vs 36%; OR = 11,0, IC 95% = 4,1 = 29,6; $p < 0,001$) como a los 6 meses (madres: 5% vs 14%; OR = 2,9, IC 95% = 1,0-8,2; $p = 0,04$, padres: 6% vs 19%; OR = 3,4, IC 95% = 1,3-9,0; $p = 0,01$), así como tasas de ansiedad superiores, tanto después del nacimiento del bebé (madres: 13% vs 48%; OR = 6,5, IC 95% = 3,3-12,6; $p < 0,001$; padres: 10% vs 47%; OR = 7,8, IC 95% = 3,7-16,8; $p < 0,001$) como a los 6 meses (madres: 14% vs 25%, OR = 2,1, IC 95% = 1,0-4,3, $p = 0,05$; padres: 10% vs 20%; OR = 2,3; IC 95% = 1,0 a 5,3; $p = 0,05$).

A partir de estos resultados, los autores **concluyen** que los padres y madres con recién nacidos muy prematuros presentan tasas elevadas de depresión y de ansiedad que disminuyen a lo largo del tiempo, a pesar de que permanecen con niveles por encima de lo esperado durante el período posnatal (6 meses).



IMPACTO DEL PARTO PREMATURO SOBRE EL BIENESTAR MATERNO Y LA PERCEPCIÓN DE LA MUJER SOBRE SU BEBÉ: UNA ENCUESTA BASADA EN LA POBLACIÓN

IMPACT OF PRETERM BIRTH ON MATERNAL WELL-BEING AND WOMEN'S PERCEPTIONS OF THEIR BABY: A POPULATION-BASED SURVEY

Henderson J, Carson C, Redshaw M

BMJ Open 2016;6: e012676. doi:10.1136/bmjopen-2016-012676

Aproximadamente 15 millones de bebés nacieron de forma prematura en 2010 en todo el mundo; concretamente hubo 52249 nacimientos prematuros en Inglaterra en 2014. Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones, tanto a corto como a largo plazo, lo que puede suponer un gran estrés para la familia. El **objetivo** de este estudio fue probar la hipótesis de que el parto prematuro afecta la salud, el estado de ánimo y el bienestar materno, así como altera los sentimientos y la percepción de las mujeres acerca de su bebé.

Para ello se utilizaron datos recogidos en una encuesta poblacional realizada en Inglaterra en 2014 sobre la atención a la maternidad. Las mujeres fueron seleccionadas al azar y se les preguntó acerca de su embarazo, parto y experiencia posnatal cuando sus bebés tenían alrededor de 3 meses de edad. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y modelos de regresión logística para estimar las OR, ajustando por los principales factores de confusión. Las principales medidas de resultado fueron la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), la salud materna postnatal y la percepción de la mujer sobre su bebé autorreportadas.

Los **resultados** se basaron en 4578 mujeres que devolvieron los cuestionarios completados. Cuarenta y dos mujeres (0,9%) tenían bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación y 243 (5,5%) entre las 32 y las 36 semanas. Comparando los tres grupos de edad gestacional, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de síntomas depresivos medidos con el EPDS; sin embargo, la ansiedad, la fatiga y los flashbacks auto-reportados fueron más comunes en las madres de bebés, así como un menor contacto temprano con su bebé, más problemas de salud posnatal, sentimientos menos positivos hacia su bebé y menos uso de los recursos de apoyo disponibles.

En **conclusión**, las mujeres con partos prematuros tienen un mayor riesgo de problemas de salud, más sentimientos negativos respecto a su bebé durante los primeros meses después del nacimiento y hacen menos uso de los servicios y recursos de apoyo posnatal que otras mujeres. El seguimiento de estas madres y bebés prematuros, incluyendo servicios especializados dirigidos a la díada, podría ser apropiado a fin de contribuir a mejorar en el bienestar materno.



Noticias de salud mental perinatal

G. Lasheras, B. Farré-Sender, L. Ferraz y cols.

EL EMBARAZO PROVOCA CAMBIOS DURADEROS EN LA ESTRUCTURA CEREBRAL HUMANA

PREGNANCY LEADS TO LONG-LASTING CHANGES IN HUMAN BRAIN STRUCTURE

Elseline Hoekzema, Erika Barba-Müller, Cristina Pozzobon, Marisol Picado, Florencio Lucco, David García-García, Juan Carlos Soliva, Adolf Tobeña, Manuel Desco, Eveline A Crone, Agustín Ballesteros, Susanna Carmona & Oscar Vilarroya

Nature Neuroscience. 2016 Dec 19.

El embarazo implica una serie de cambios hormonales abruptos y de adaptaciones biológicas; sin embargo, los efectos del embarazo en el cerebro humano son prácticamente desconocidos.

El **objetivo** de la investigación fue estudiar de forma prospectiva (pre y postembarazo) a madres y padres primerizos, y grupos de control nulíparos. Se compararon imágenes de resonancia magnética de 25 mujeres embarazadas antes y después del parto, las parejas masculinas de 19 de ellas, y un grupo control formado por 20 mujeres que no estaban ni habían estado embarazadas, y las parejas masculinas de 17 de ellas. El seguimiento duró cinco años y cuatro meses.

Los **resultados** mostraron una reducción simétrica en el volumen de la sustancia gris (SG) en la línea media cortical anterior y posterior, así como en secciones específicas de la corteza prefrontal y temporal en las mujeres embarazadas. Estas zonas forman un mapa que coincide, en gran medida, con una red que los neurocientíficos asocian con los procesos implicados en las relaciones sociales. Los cambios observados fueron específicos en las madres y muy consistentes, clasificando correctamente a todas las mujeres como embarazadas o no entre sesiones. Curiosamente, las reducciones de volumen mostraron una superposición sustancial con regiones del cerebro que respondían a los recién nacidos de las mujeres después del parto. Además, los cambios en el volumen de embarazo de la SG predijeron medidas de vínculo materno en el posparto, sugerentes de un proceso adaptativo favorecedor de la transición a la maternidad. Otra sesión de seguimiento mostró que las reducciones de la SG perduraron por lo menos 2 años después del embarazo.

El estudio tuvo en cuenta las variaciones reproductivas, tanto en mujeres que habían seguido tratamientos de fertilidad como en mujeres que habían quedado embarazadas de forma natural, y las reducciones observadas en la sustancia gris eran prácticamente idénticas para los dos grupos.

e encontraron cambios en memoria ni en otras funciones intelectuales en las mujeres estudiadas y, por tanto, se cree que la pérdida de sustancia gris no implica ningún déficit cognitivo, sino que obedecería a un fenómeno de plasticidad cerebral inherente al embarazo destinado a que la madre atienda eficientemente las necesidades de su bebé.

En **conclusión**, el embarazo provoca cambios duraderos en el cerebro de la mujer. Se trataría de una reestructuración del cerebro con fines adaptativos para incrementar la sensibilidad de la madre respecto a su hijo.



ALTERACIONES EN LOS CIRCUITOS AMÍGDALO-PREFRONTALES EN LACTAN- TES EXPUESTOS A DEPRESIÓN MATERNA PRENATA

ALTERATIONS IN AMYGDALA-PREFRONTAL CIRCUITS IN INFANTS EXPOSED TO PRENATAL MATERNAL DEPRESSION

**J Posner, J Cha, AK Roy, BS Peterson, R Bansal,
HC Gustafsson, E Raffanella, J Gingrich and C Monk**

Translational Psychiatry (2016) 6, e935; doi:10.1038/tp.2016.146;
published online 1 November 2016.

La exposición prenatal a una depresión materna es un fenómeno común que expone a la descendencia a un riesgo de desarrollar una serie de trastornos neuropsiquiátricos; a pesar de su prevalencia y asociaciones adversas, los procesos neurobiológicos por los cuales la depresión materna prenatal (DMP) confiere un riesgo siguen siendo poco conocidos.

El **objetivo** del presente estudio fue evaluar el estado de ánimo materno y el comportamiento fetal entre las semanas 34 y 37 de gestación. Se examinó la conectividad funcional y estructural en los circuitos amígdala-prefrontales en 64 lactantes (edad media = $5,8 \pm 1,7$ semanas) con ($n = 20$) y sin ($n = 44$) exposición uterina a DMP.

Analizando las imágenes mediante ambas técnicas (fRMN y RMN), los **resultados** evidenciaron una conectividad atípica en el área amígdala-prefrontal en los lactantes expuestos a DMP. La fRMN indicó una conectividad funcional aumentada inversa o negativa entre la amígdala y la corteza dorsolateral prefrontal (PFC), de forma bilateral; la difusión MRI reveló una disminución de la conectividad estructural entre la amígdala derecha y la PFC ventral derecha. El modelado causal dinámico espectral apoyó estos hallazgos, sugiriendo una alteración de la conectividad efectiva (o dirigida) de amígdala-PFC en los recién nacidos expuestos a DMP.

Por último, los análisis apoyaron una relación mecánica que relaciona la DMP con un comportamiento fetal en el tercer trimestre: la DMP altera la conectividad amígdala-PFC, que a su vez está asociada con un aumento de la reactividad del ritmo cardíaco fetal a la perturbación en el útero.

En **conclusión**, estos datos sugieren que la maduración y la coordinación de la fisiología central y periférica se alteran por la exposición prenatal a la depresión materna. Este estudio es el primero en relacionar directamente las medidas de RMN infantil con un comportamiento-respuesta del ritmo cardíaco fetal, y apoya la hipótesis de que las variaciones asociadas a DMP en el desarrollo de los circuitos amígdala-PFC son relevantes para la futura maduración neurocomportamental.