

PSICOSIS PUERPERAL, CIE-11 Y DSM-V.



García-Escribano F¹; Chiva LM¹; Ruiz C¹; Ibáñez JE¹; Pérez L¹; García A¹.

¹ Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

1. Introducción.

La psicosis posparto (PP) ocurre en 1-2 de cada 1000 puérperas, en las primeras 2-4 semanas tras el parto¹. La PP se caracteriza por sintomatología psicótica, confusional y fluctuaciones del estado de ánimo, que se traducen en una conducta desorganizada que afecta gravemente a la funcionalidad de la paciente. Existe un riesgo de suicidio del 5%² y de infanticidio del 4%³, por lo que se considera una urgencia psiquiátrica.

2. Revisión histórica del término.

La cuestión respecto a si la psicosis puerperal es una entidad específica o no se remonta a los alienistas del siglo XIX. A día de hoy, los herederos de la escuela francesa-anglosajona defienden la idea de la psicosis puerperal como una psicosis específica, capaz de diferenciarse del resto de psicosis⁴. Por el contrario, los defensores del DSM/CIE abogan por todo lo contrario, considerando el embarazo como un factor de riesgo más para el desarrollo de patología psicótica o afectiva. Sin embargo, la próxima edición de la CIE (CIE-11)⁵ pretende establecer un capítulo independiente de patología perinatal, diferenciándose así del DSM. En la siguiente tabla se muestra la evolución histórica de ambas corrientes⁶.

Año	País	Autor	Descripción
400aC	Grecia	Hipócrates	T. Humoral
1819	Francia	Esquirol	T. Excreción de leche y predisposición humoral
1858		Louis-Victor Marce	1 ^{er} tratado de la locura puerperal
		Brierre de Moismont	Locura especial junto a la histérica, parálisis, alcohólica y epiléptica
		Eyris Brisset	Psicosis puerperal (engloba a psicóticas y neuróticas)
1926	EEUU	Strecker y Ebaugh	Purificación de la nomenclatura psiquiátrica.
1977	EU	CIE-9	T. de base "psicosis funcional del posparto"
1980	EEUU	DSM-III	Psicosis atípica/no específica
1984	Francia	Enciclopedia médico-qx	T. psicóticos ligados al periodo puerperal (depresión posparto, psicosis puerperal, etc).
1992	EU	CIE-10	T. de base "mental y del comportamiento en el puerperio" no clasificado en otro lugar
1994	EEUU	DSM-IV	T. de base "especificador de posparto"
2013	EEUU	DSM-V	T. de base "especificador de posparto"
2022	EU	CIE-11	T. mentales del comportamiento asociados al embarazo, parto y puerperio /- T. de base

Debido a esta razón, la prevalencia de las distintas formas clínicas de la psicosis puerperal variará dependiendo de la nomenclatura que se utilice: bajo el DSM/CIE el 70% de las formas clínicas serán trastornos típicos, mientras que las cifras publicadas por estudios europeos demuestran que la proporción se reparte en trastornos afectivos (30%), psicosis agudas (30%) y trastornos de sintomatología intermedia (35%)⁷.

3. Actualidad.

Al margen de la cuestión fenomenológica y de nomenclatura, la mayoría de estudios actuales sugieren una estrecha relación entre la PP y el trastorno bipolar (TB). Evidencia a favor:

- ✓ De los pacientes que desarrollan PP, el 72-88% tiene un diagnóstico de TB o trastorno esquizoafectivo previo, mientras que sólo un 12% de esquizofrenia⁸.
- ✓ Las mujeres con TB o trastorno esquizoafectivo tienen un riesgo aumentado del 50% de desarrollar una PP⁹.
- ✓ Wisner et al. encontraron que el 95% de los casos de PP cumplían los Research Diagnostic Criteria (RDC) para trastornos del ánimo cíclicos en un seguimiento a 5 años¹⁰. De estos, el 50% fueron diagnosticados erróneamente en su primera presentación. Otros estudios han replicado estos hallazgos (43-66%)^{11,12}.

Otro factor claramente asociado al desarrollo de PP es la presencia de PP en su historia personal o familiar^{13,14}.

4. Casos clínicos.

Presentamos dos casos clínicos de PP, que fueron ingresados de manera simultánea en nuestra planta de psiquiatría. Ninguno de los casos cumple los criterios kraepelianos para ser diagnosticados de una psicosis o un trastorno afectivo puro, ilustrando así el debate vigente de si la PP es una entidad clínica específica o no.

	CASO A	CASO B
EDAD	28 años	34 años
APS	No	13 ALT
APO	1 ^o aborto	Disforia de 24 meses tras 1 ^{er} embarazo
APP	✓ 24 años: Estado de bloqueo 10 días ✓ 27 años: Estado de bloqueo 15 días	No
AFP	Madre: 1. Adaptativo	Tía paterna: 1. Afectivo grave
PP	Insegura, Perfeccionista, Obsesiva.	Insegura, Perfeccionista, Obsesiva.
EA	1. Hipoprosexia, Incapacidad para tareas diarias, Incapacidad para cuidar de su hijo 2. Cogniciones depresivas, Astenia y clinofilia 3. Angustia, Bloqueos, Incoherencia, pseudoalucinaciones auditivas, fenómenos de primer rango.	1. Ansiedad. 2. Disforia, Insomnio, pérdida de autocuidado, Astenia 3. Delirio celotípico
EVOL	Mala respuesta a dosis altas de APS y AD. Introducción de Litio.	Buena respuesta a dosis bajas de AD y APS.

EXPLORACION PSICOPATOLOGICA	CASO A	CASO B
DESORIENTACION	sí	no
PERPLEJA, BLOQUEADA	sí	no
SUSPICAZ	sí	sí
ANGUSTIA	sí	sí
INHIBICION PSICOMOTRIZ	sí	sí
ALT CONTENIDO PENSAMIENTO	sí	sí
FENÓMENOS PRIMER RANGO	sí	no
ALT CURSO/FORMA PENSAMIENTO	sí	no
ALT SENSORIO PERCEPTIVAS	sí	no
TRISTEZA, APATOABULIA, ASTENIA	sí	sí
IRRITABILIDAD	no	sí
ANSIEDAD ANTICIPATORIA	no	sí
↑ LIBIDO	no	sí
INSOMNIO	sí	sí
PERDIDA DE PESO	no	sí

APS: antecedentes personales somáticos; APO: antecedentes personales obstétricos; APP: antecedentes personales psiquiátricos; AFP: antecedentes familiares psiquiátricos; PP: personalidad premórbida; EA: enfermedad actual; EVOL: evolución; ALT: incapacidad laboral temporal; T: Trastorno; APS: antipsicóticos; AD: antidepresivos. ALT: alteración

5. Conclusiones.

1. El debate respecto a la clasificación de la PP sigue, a día de hoy, abierto, existiendo dos escuelas principales de pensamiento, la francesa-anglosajona y el DSM/CIE.
2. La CIE parece querer diferenciarse del DSM en su próxima actualización, estableciendo un capítulo independiente para la patología perinatal.
3. La mayor parte de los estudios actuales establecen una relación significativa entre la PP y el TB, siendo este hallazgo de gran relevancia a nivel clínico.
4. La conclusión de este trabajo es que, independientemente de la clasificación usada, toda PP debe ser seguida a largo plazo por la posibilidad de desarrollo de un TB. Así mismo, se debe advertir del alto riesgo de recurrencia en futuros embarazos.

6. Bibliografía.

1. Kendell R, Chalmers J, Platz C. *Epidemiology of puerperal psychoses*. Br J Psychiatry. 1987;150:662.
2. Spinelli MG. *Postpartum psychosis: detection of risk and management*. Am J Psychiatry. 2009;166:405-408.
3. Friedman SH, Cavney J, Resnick PJ. *Child murder by parents and evolutionary psychology*. Psychiatr Clin North Am. 2012;35:781-795.
4. Sandler M. *Mental illness in pregnancy and the puerperium*. Oxford Medical Publications. 1978;59-69.
5. *Eleventh revision of the International Statistical Classification of Diseases (ICD-11)*. World Health Organization. 2018, released version.
6. González-Castro PJ, Hulak F, Sigales-Ruiz SR, Orozco-Guzmán M. *Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación*. Perinatol Reprod Hum. 2016;30:24-30.
7. Dayan J. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parenta-lité*. Elsevier Masson. 2014.
8. Brockington IF. *Puerperal psychosis: Motherhood and mental health*. Oxford University Press; 1996:200.
9. Robling S, Paykel E, Dunn V, Abbott R, Katona CL. *Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: A 23-year follow-up study*. Psychol Med. 2000;30:1263.
10. Wisner K, Peindl K, Hanusa B. *Psychiatric episodes in women with young children*. J Affective Disord. 1995;34:1
11. Rohde A, Marneros A. *Postpartum psychosis: Onset and long-term course*. Psychopathology. 1993;26:203.
12. Oosthuizen P, Russouw H, Roberts M. *Is puerperal psychosis bipolar mood disorder: A phenomenological comparison*. Comp Psychiatry. 1995;36:77.
13. Blackmore ER, Rubinow DR, O'Connor TG, et al. *Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis*. Bipolar Disord. 2013.
14. Jones I, Craddock N. *Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study*. Am J Psychiatry. 2001;158:913.