



## **PSICOSIS POSPARTO**

Alba Illana Álvarez, Lucía Fátima Lara Leiva, Juana Rodríguez Garvín.

[albaillanaalvarez@gmail.com](mailto:albaillanaalvarez@gmail.com)

Embarazo, posparto, terapia, epidemiología, trastornos psicóticos.

## **RESUMEN**

La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica con riesgo de suicidio e infanticidio. Aunque la incidencia del primer episodio varía del 0,25 a 0,6 por 1000 nacimientos, el riesgo relativo es 23 veces más alto dentro de las 4 semanas posteriores al parto en comparación con cualquier otro periodo durante la vida de una mujer.

Nos propusimos esta revisión bibliográfica con el objetivo de identificar la etiología de la psicosis posparto y conocer las opciones de tratamiento y estrategias de prevención para la psicosis posparto.

Como conclusiones principales extraemos que presumiblemente, el mecanismo de inicio del trastorno está relacionada con los cambios fisiológicos hormonales, inmunológicos y circadianos después del nacimiento en mujeres genéticamente vulnerables. La atención hospitalaria suele ser necesaria para garantizar la seguridad, completar la evaluación diagnóstica e iniciar el tratamiento. Pero con la información científica disponible no podemos hacer recomendaciones sobre la mejor opción de tratamiento.

## **INTRODUCCIÓN**

Durante milenios se ha descrito a mujeres con síntomas psiquiátricos agudos después del parto. En el siglo XIX, Esquirol detalló la primera serie de casos<sup>1</sup>. Describió a 92 mujeres con psicosis posparto, de las cuales el 53% tenían síntomas predominantemente maníacos, el 38% tenían síntomas depresivos y el 9% tenían psicosis no afectiva.

Ya en 1858, Louis-Vicotor Marcé estimó que de una a dos mujeres por cada 1000 sufrirán un quiebre psicótico en el periodo puerperal<sup>2</sup>. Actualmente este porcentaje se conserva, pero a pesar de que el estudio de los trastornos psíquicos en el periodo puerperal y más precisamente de la psicosis posparto no es reciente, no existe hoy en día consenso sobre su etiología ni sobre su nosología.

Teniendo en cuenta los estudios sobre la incidencia del primer episodio de psicosis/manía posparto, esta varía del 0,25 a 0,6 por 1000 nacimientos<sup>3,4</sup>. Aunque la prevalencia absoluta es baja, el riesgo relativo para el primer episodio de psicosis afectiva es 23 veces más alto dentro de las 4 semanas posteriores al parto en comparación con cualquier otro periodo durante la vida de una mujer<sup>3</sup>.

## PSICOSIS POSPARTO

Además de la psicosis afectiva de primer inicio, el período posparto es también un período de alto riesgo de recaída entre las mujeres con enfermedad psiquiátrica conocida.

El riesgo general de recaídas después del parto fue del 35% (IC 95%= 29.41)<sup>5</sup>. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el posparto, el riesgo de recurrencia en el siguiente nacimiento es del 50 al 60%.

Los pacientes con trastorno bipolar fueron significativamente menos propensos a experimentar episodios posparto severos (17%, IC 95%= 13.21) que los pacientes con antecedentes de psicosis posparto (29%, IC 95%= 20.41)<sup>5</sup>. En las mujeres con trastorno bipolar, las tasas de recaída después del parto fueron significativamente mayores entre los que estaban libres de medicación durante el embarazo (66%, IC 95%= 57.75) que aquellas que utilizaron medicación profiláctica (23%, IC 95%= 14.37)<sup>5</sup>.

Después de un episodio de psicosis posparto, hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos.

En la actualidad, la psicosis postparto no existe como un trastorno independiente. Por lo tanto, la tarea de clasificar una psicosis aparecida en el puerperio es difícil y complicada. En el DSM IV-TR se clasifica como: Trastorno psicótico breve de inicio en el postparto.

Mientras que en el CIE-10 la categorización aparece como:

- Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a situación no estresante aguda.
- Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (psicosis puerperal NOS).

En términos generales, se define como un episodio afectivo con síntomas psicóticos, siendo más común en primíparas e iniciándose de forma brusca entre el tercer y noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso hasta el sexto mes.

Los síntomas tempranos o prodrómicos de la psicosis posparto incluyen insomnio, fluctuación del estado de ánimo e irritabilidad, con aparición de manía, depresión o un estado mixto. Aunque las fluctuaciones rápidas del estado de ánimo son un sello distintivo de la enfermedad, las mujeres que sufren psicosis posparto a menudo tienen síntomas que son atípicos.

A continuación, pueden darse conductas suspicaces, signos de confusión, preocupación excesiva por trivialidades o rechazo de la comida. Después de una fase inicial, generalmente de una semana, tiene lugar la fase aguda, en la que aparece propiamente la actividad delirante y alucinatoria.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, parece que no se le da a la psicosis posparto la relevancia que tiene. Esta situación puede conllevar que algunas mujeres no cuenten con una evaluación y asesoramiento oportunos y no logren acceder a un tratamiento adecuado. Esto, a su vez, puede hacer que los síntomas se intensifiquen o que el problema se convierta en un padecimiento crónico, y que la mujer, el recién nacido, la pareja y la familia, tengan una mala calidad de vida.

## PSICOSIS POSPARTO

Es por estas razones que surge la necesidad de realizar una revisión actualizada de la información disponible en este tema, para conocer la etiología, así como las opciones de tratamiento y estrategias de prevención.

### OBJETIVOS

- Identificar la etiología de la psicosis posparto.
- Conocer las opciones de tratamiento y estrategias de prevención para la psicosis posparto.

### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica entre los meses de octubre y noviembre de 2017 en diferentes bases de datos: PUBMED, CUIDEN PLUS, CINAHL, COCHRANE LIBRARY, SCIELO y el metabuscador Google Académico. También se revisaron las listas de referencias de los artículos seleccionados.

Se realizó una búsqueda específica adaptada a cada base de datos, empleando la combinación mediante operadores booleanos de los siguientes tesauros: "Embarazo" (Pregnancy), "Posparto" (Postpartum period), "Terapia" (Therapy), "Epidemiología" (Epidemiology), "Trastornos psicóticos" (Psychotic disorders).

Los criterios de inclusión fueron estudios que analizaran la etiología de la psicosis puerperal y ensayos clínicos controlados aleatorios que investigaran los efectos de las opciones de tratamiento (incluida atención psicosocial estándar, fármacos antipsicóticos, terapia cognitivo conductual y tratamiento electroconvulsivo) en mujeres en periodo postparto con diagnósticos de trastorno psicótico. Sin limitaciones acerca del idioma ni temporal.

Se evaluaron los riesgos de sesgo y calidad metodológica de cada estudio mediante el CASPe. De 60 referencias encontradas, finalmente se seleccionaron 27 artículos que cumplían criterios de inclusión.

### RESULTADOS

Tras revisar la bibliografía disponible, encontramos los siguientes resultados según los objetivos de nuestro trabajo:

#### **Etiología**

El parto es un desencadenante de la psicosis posparto. Uno de los predictores más significativos es la primiparidad; si el primer parto de una mujer no se complica con la psicosis posparto, la probabilidad se vuelve sustancialmente menor en embarazos posteriores<sup>6</sup>.

En contraste con la depresión unipolar posparto, los eventos de la vida y el estrés social no están implicados en la etiología de la psicosis posparto<sup>7,8</sup>. Además, los investigadores no han identificado con suficiente evidencia los factores de riesgo obstétricos para el primer episodio de la psicosis posparto<sup>4,9</sup>. La realización de estudios neurobiológicos de pacientes con psicosis posparto es un desafío debido a la baja incidencia del trastorno combinado con la gravedad

## PSICOSIS POSPARTO

aguda. Presumiblemente, el mecanismo de inicio está relacionado con cambios fisiológicos específicos al nacer en mujeres genéticamente vulnerables.

En un paso importante hacia la identificación de factores etiológicos causales, Jones y Craddock<sup>10</sup> identificaron variantes genéticas específicas del gen transportador de serotonina (5-HTT) y una asociación entre la psicosis posparto y el cromosoma 16p13.

Se han realizado pocas investigaciones para comprender la asociación entre los cambios hormonales y la psicosis posparto, y la mayoría de los estudios son antiguos. Después del nacimiento, ocurre una caída súbita de los niveles de estrógeno y progesterona, hormonas que se normalizan en 3 semanas<sup>11</sup>. Y parece que este cambio en la concentración de los niveles de hormonas está asociado a la etiología de la psicosis posparto<sup>12</sup>. Teniendo esto en cuenta, si la disminución rápida de las concentraciones de estrógenos es el desencadenante de la psicosis posparto, la administración inmediata después del parto podría prevenir la psicosis. Sin embargo, los resultados de algunos estudios muestran que la administración de estrógeno oral en altas dosis después del nacimiento resulta efectiva<sup>13</sup> pero otros ensayos aleatorizados demuestran que no hay impacto en la disminución de recaídas en mujeres con riesgo de psicosis posparto al administrar estradiol transdérmico<sup>14</sup>.

Existe una relación interesante entre el cortisol y la dopamina en relación con la psicosis posparto. Los estudios en animales han sugerido que la secreción de glucocorticoides en el período posparto está regulada, en parte, por el sistema dopaminérgico<sup>15</sup>. Sin embargo, el papel de la dopamina en la secreción de glucocorticoides y prolactina en mujeres posparto debe ser dilucidado en el contexto de la lactancia. La liberación de oxitocina durante la succión se asocia con sensaciones de bienestar y relajación y una falta de respuesta a los factores estresantes. Un interesante estudio realizado en la década de 1980 mostró que una mujer con manía posparto tenía altos niveles de metabolitos de oxitocina<sup>16</sup>.

La activación posparto del sistema inmune podría ser un factor etiológico del inicio agudo de la manía, la psicosis<sup>17,18</sup>, la ansiedad y la depresión<sup>17,19-21</sup>. Bergink et al.<sup>22,23</sup> han informado de la concurrencia de la psicosis posparto con tiroiditis y preeclampsia, que han establecido etiologías autoinmunes e inflamatorias, respectivamente. Además, los investigadores informaron de la identificación de autoanticuerpos del SNC en un 4% de las pacientes con psicosis posparto, lo que sugiere encefalitis autoinmune en un subconjunto de casos<sup>24</sup>. Dos de estos pacientes tenían el receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR) causante de encefalitis, mientras que para los otros dos pacientes el antígeno era desconocido. Además, observaron anomalías en la activación de monocitos, la función de las células T y la degradación del triptófano en pacientes con psicosis posparto durante la fase aguda en comparación con los sujetos de control postparto<sup>17,25</sup>. Estos hallazgos apoyan la noción de que los mecanismos inmunológicos contribuyeron a la inestabilidad afectiva y la psicosis.

También se ha observado que la alteración del ritmo circadiano es común en la psicosis posparto<sup>26</sup>. Los investigadores han informado sistemáticamente que las mujeres con psicosis

## PSICOSIS POSPARTO

tienen alteraciones graves del sueño, que a menudo anuncian los síntomas psicóticos en el período posparto<sup>27,28</sup>. La interrupción del sueño resultante del trabajo de parto puede iniciar la alteración circadiana y contribuir a la aparición de un episodio de manía o estado mixto<sup>29</sup>. En las madres primerizas, el período posparto temprano se caracteriza por más despertares, un inicio posterior de la etapa 4 y la pérdida del sueño.

### Tratamiento

Se encontraron pocos estudios publicados que describieran el tratamiento de la psicosis posparto. La mayoría de estos son informes de casos y muy pocos estudios incluyen más de 10 pacientes. La mayor base de evidencia existe para el tratamiento con litio, antipsicóticos y TEC.

Los estudios proporcionaron evidencia de que el litio es altamente eficaz para el tratamiento agudo de la psicosis posparto, así como también para el tratamiento de mantenimiento<sup>30</sup>. Los autores observaron que casi todos los pacientes (98,4%) lograron la remisión completa, con una duración media del episodio de 40 días. El régimen de tratamiento incluyó la administración secuencial de benzodiazepinas, antipsicóticos y litio. Las mujeres que remitieron con monoterapia antipsicótica continuaron con dicha medicación como terapia de mantenimiento, mientras que mujeres que requirieron tanto antipsicóticos como litio para lograr la remisión se mantuvieron en monoterapia con litio. A los 9 meses posparto, se observó una remisión sostenida en el 79,7% de los pacientes. Los pacientes tratados con monoterapia con litio tuvieron una tasa de recaída significativamente menor en comparación con los que recibieron monoterapia con antipsicóticos.

Pocos estudios han explorado la eficacia de la TEC en el tratamiento de la psicosis posparto<sup>31</sup>. En un caso, el tratamiento con clorpromazina fue ineficaz, mientras que la TEC produjo remisión de la sintomatología<sup>32</sup>. De manera similar, una serie de casos de cinco mujeres con psicosis posparto refractaria al tratamiento describieron los resultados positivos del tratamiento con TEC. Un estudio retrospectivo comparó las respuestas clínicas a la TEC en mujeres con psicosis posparto en comparación con la psicosis no postparto<sup>33</sup>. Se encontró que el grupo posparto tenía una mayor mejoría clínica después de la TEC en comparación con el grupo de psicosis no postparto.

Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones del ritmo circadiano para tratar la psicosis posparto son insuficientes.

### CONCLUSIONES

La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica con riesgo de suicidio e infanticidio. Parece claro que la psicosis posparto es una afección psiquiátrica con un mecanismo de inicio relacionado con cambios fisiológicos específicos (por ejemplo: ritmo circadiano, hormonal o inmunológico) que conduce a la enfermedad en mujeres genéticamente vulnerables.

## PSICOSIS POSPARTO

Pero aún no sabemos contestar a si todos estos factores conducen como vía única a la psicosis o si la psicosis posparto es un trastorno heterogéneo con múltiples contribuyentes etiológicos. Con respecto al tratamiento, debido a los escasos estudios disponibles no se pueden realizar recomendaciones con suficiente grado de evidencia. La atención hospitalaria suele ser necesaria para garantizar la seguridad, completar la evaluación diagnóstica e iniciar el tratamiento. Entre las estrategias para la prevención de la psicosis posparto se incluye la profilaxis con litio inmediatamente después del parto. Pero cuando no es posible evitar el trastorno, según los estudios consultados el tratamiento con benzodiacepinas, antipsicóticos y litio consiguen la remisión de la mayoría de los casos. También se ha observado mejoría en las pacientes que reciben tratamiento de TEC.

En algunos casos las madres que sufren psicosis posparto quieren amamantar a sus hijos y lo expresan como condición para aceptar el tratamiento que les proponemos. En estos casos se nos presenta un dilema y debemos sopesar los beneficios y riesgos de la lactancia materna con la farmacoterapia. El tratamiento de TEC puede ser una buena opción en estas situaciones.

Son necesarias nuevas líneas de investigación para determinar con más precisión los determinantes que influyen en la aparición de la enfermedad en mujeres vulnerables. Y también estudios para conocer las mejores opciones de tratamiento, así como la duración del tratamiento de mantenimiento después de una remisión para evitar el riesgo de recaídas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Brockington I: History: What is Worth Knowing about "Puerperal Psychosis." Bredenbury, United Kingdom, Ery Press, 2014, pp 14–15.
2. J. Hamilton. Postpartum Psychiatric Problems. Mosby, Saint Louis (1962).
3. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, et al. New parents and mental disorders: a population-based register study. JAMA 2006; 296: 2582–2589.
4. Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, et al. Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. PLoS Med. 2009; 6: 13.
5. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2016; 173 (2): 117-27.
6. Di Florio A, Jones L, Forty L, et al. Mood disorders and parity - a clue to the aetiology of the postpartum trigger. J Affect Disord. 2014; 152-154: 334–339.
7. Dowlatsahi D, Paykel ES. Life events and social stress in puerperal psychoses: absence of effect. Psychol Med. 1990; 20: 655–662.
8. Brockington IF, Martin C, Brown GW, et al. Stress and puerperal psychosis. Br J Psychiatry. 1990; 157: 331–334.

## PSICOSIS POSPARTO

9. Hellerstedt WL, Phelan SM, Cnattingius S, et al. Are prenatal, obstetric, and infant complications associated with postpartum psychosis among women with pre-conception psychiatric hospitalisations? *BJOG*. 2013; 120: 446–455.
10. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 913–917.
11. Chrousos GP, Torpy DJ, Gold PW. Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. *Ann Intern Med*. 1998; 129: 229–240.
12. Wieck A, Kumar R, Hirst AD, et al. Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *BMJ*. 1991; 303: 613–616.
13. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, et al. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol Psychiatry*. 1995; 38: 814–818.
14. Kumar C, McIvor RJ, Davies T, et al. Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 112–118.
15. Saigusa T, Takada K, Baker SC, et al. Dopamine efflux in the rat nucleus accumbens evoked by dopamine receptor stimulation in the entorhinal cortex is modulated by oestradiol and progesterone. *Synapse*. 1997; 25: 37–43.
16. Whalley LJ, Robinson IC, Fink G. Oxytocin and neurophysin in post-partum mania. *Lancet*. 1982; 2: 387–388.
17. Bergink V, Burgerhout KM, Weigelt K, et al. Immune system dysregulation in first-onset postpartum psychosis. *Biol Psychiatry*. 2013; 73: 1000–1007.
18. Bergink V, Gibney SM, Drexhage HA. Autoimmunity, inflammation and psychosis: a search for peripheral markers. *Biol Psychiatry*. 2014; 75: 324–331.
19. Gleicher N. Postpartum depression, an autoimmune disease? *Autoimmun Rev*. 2007; 6: 572–576.
20. Osborne LM, Monk C. Perinatal depression—the fourth inflammatory morbidity of pregnancy?: Theory and literature review. *Psychoneuroendocrinology*. 2013; 38: 1929–1952.
21. Corwin EJ, Pajer K. The psychoneuroimmunology of postpartum depression. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008; 17: 1529–1534.
22. Bergink V, Kushner SA, Pop V, et al. Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *Br J Psychiatry*. 2011; 198: 264–268.
23. Bergink V, Laursen TM, Johannsen BM, et al. Pre-eclampsia and first-onset postpartum psychiatric episodes: a Danish population-based cohort study. *Psychol Med*. 2015; 45: 3481–3489.
24. Bergink V, Armangue T, Titulaer MJ, et al. Autoimmune encephalitis in postpartum psychosis. *Am J Psychiatry*. 2015; 172: 901–908.

## PSICOSIS POSPARTO

25. Veen C, Myint AM, Burgerhout KM, et al. Tryptophan pathway alterations in the postpartum period and in acute postpartum psychosis and depression. *J Affect Disord.* 2016; 189: 298–305.
26. Ahokas A, Aito M. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology (Berl).* 1999; 147: 108–110.
27. Hunt N, Silverstone T. Does puerperal illness distinguish a subgroup of bipolar patients? *J Affect Disord.* 1995; 34: 101–107.
28. Rohde A, Marneros A. Psychoses in puerperium: symptoms, course and long-term prognosis. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1993; 53: 800–810.
29. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affect Disord.* 2004; 83: 215–220.
30. Bergink V, Burgerhout KM, Koorengel KM, et al. Treatment of psychosis and mania in the postpartum period. *Am J Psychiatry.* 2015; 172: 115–123.
31. Focht A, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *J ECT.* 2012; 28: 31–33.
32. Stanworth HM. After-care of puerperal psychosis in the community. *Nurs Times.* 1982; 78: 922–925.
33. Reed P, Sermin N, Appleby L, et al. A comparison of clinical response to electroconvulsive therapy in puerperal and non-puerperal psychoses. *J Affect Disord.* 1999; 54: 255–260.