

# Embarazo en pacientes con esquizofrenia

Estudio en período 2009-2012

Trabajo original

## Resumen

Se realizó un estudio descriptivo y de cohorte basado en la revisión de historias clínicas y base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de las pacientes portadoras de esquizofrenia y embarazadas que consultaron en el Hospital Vilardebó entre 2009-2012. Se estudiaron 35 casos de gestaciones que correspondieron a 30 mujeres. Se identificaron determinadas características sociodemográficas y clínicas: mayor edad en el momento de la gestación, menor planificación del embarazo, menor cantidad de controles prenatales, la mayoría de las consultas psiquiátricas se realizaron durante el puerperio. No se evidenció asociación entre madres con esquizofrenia y menor edad gestacional, menor peso del recién nacido o Apgar bajo, así como tampoco con la presencia de complicaciones obstétricas o neonatales.

## Palabras claves

Embarazo  
Esquizofrenia  
Puerperio  
Apgar  
Complicaciones obstétricas

## Summary

A descriptive cohort study was conducted based on the review of medical records and Perinatal Information System database (SIP) of pregnant women with schizophrenia who were assisted at the State Mental Facility (Hospital Vilardebó) from 2009 to 2012. 35 cases of pregnancies which corresponded to 30 women were studied. Certain socio-demographic and clinical characteristics were identified: age at the time of pregnancy, lower pregnancy planning, less prenatal medical care, most psychiatric consultations were held during the post-partum period. No association were found between mothers with schizophrenia and lower gestational age, low birth weight or low Apgar, nor the presence of obstetric or neonatal complications are evident.

## Key words

Pregnancy  
Schizophrenia  
Post-partum  
Apgar  
Obstetric complications

## Autoras

### **Gabriela López Rega**

Médica psiquiatra. Profesora adjunta de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Udelar.

### **Yamila Birriel**

Médica psiquiatra. Exresidente de psiquiatría.

### **Karina Caraballo**

Médica psiquiatra

Correspondencia:

Gabriela López Rega  
Av. Millán 4123. Montevideo.  
CP 12900.  
gvlopezr@gmail.com

## Introducción y justificación

La esquizofrenia no disminuye el deseo sexual ni la actividad sexual. Sin embargo, la calidad vincular y el contexto de la sexualidad pueden ser muy diferentes.<sup>1</sup> Las mujeres con esquizofrenia presentan una frecuencia similar de edad en la primera relación sexual, en comparación con poblaciones control estadísticamente equivalentes;<sup>2</sup> tienen menos relaciones estables, menos satisfacción sexual y reportan más violaciones.<sup>3</sup> Suelen tener múltiples parejas sexuales, conductas más riesgosas como no usar preservativo y, por lo tanto, un riesgo aumentado de contraer infecciones de transmisión sexual. Comprender la naturaleza y la experiencia de la sexualidad en las mujeres con esquizofrenia ayuda a dilucidar el contexto en el que se producen los embarazos.<sup>4</sup>

La fertilidad en las mujeres con esquizofrenia es un tema aún en estudio. Algunas investigaciones tradicionalmente plantean que las mujeres con trastornos psicóticos presentan una importante disminución de la fertilidad en comparación con la población general. La disminución de la fertilidad se explicaría por las características propias de la enfermedad: el pródromo, el estigma del diagnóstico, el impacto de la enfermedad, que dificultan la posibilidad de entablar y mantener relaciones estables y duraderas.<sup>5</sup> Otros estudios plantean un aumento en la fertilidad de las mujeres con esquizofrenia (en comparación con décadas previas), vinculado al cambio en la sociabilización (desinstitucionalización) de las personas con enfermedad mental grave y persistente, así como también al cambio en el perfil de efectos secundarios de los antipsicóticos.<sup>1</sup>

La mayoría de estos embarazos no son planificados ni deseados, en comparación con la población control.<sup>6</sup> Las mujeres con esquizofrenia informan que reciben menos atención prenatal y tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia durante el embarazo,<sup>4</sup> siendo estos considerados de alto riesgo obstétrico.<sup>7</sup> Existe evidencia de que las mujeres

con psicosis presentan un riesgo relativo aumentado de abuso de sustancias y alcohol.<sup>8</sup> Además, presentan un riesgo aumentado de fumar durante el embarazo en relación con la población control.<sup>9</sup>

La evolución de los trastornos psicóticos durante el embarazo no está determinada claramente aún, en parte por la dificultad de realizar investigaciones en dicha población. Se plantea que el embarazo empeoraría la salud mental en un subgrupo de mujeres con esquizofrenia.<sup>1</sup> Un estudio realizado en Toronto (Canadá) encontró que un 25 % de las mujeres con esquizofrenia habían sido hospitalizadas por enfermedad mental el año anterior a quedar embarazadas; el 12 % requirió por lo menos una internación psiquiátrica durante el embarazo. Más del 70 % de las mujeres con esquizofrenia concurren al menos a una visita de salud mental durante la gestación.<sup>10</sup>

En cuanto a los controles prenatales, un metaanálisis de 2005 encontró que dos tercios de las mujeres embarazadas con diagnóstico de psicosis no tuvieron contacto con los servicios psiquiátricos durante el embarazo, lo cual imposibilitó la valoración del estado mental durante dicho período.<sup>11</sup> En Norteamérica, los estudios han evidenciado que las mujeres con esquizofrenia inician los controles prenatales más tardíamente que la población control.<sup>4</sup>

Las mujeres con esquizofrenia presentan mayor riesgo de partos prematuros y sus hijos, de puntuar más bajo el Apgar, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento intrauterino, malformaciones y muertes perinatales.<sup>6</sup> Este aumento del riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales puede estar parcialmente relacionado con la enfermedad en sí.<sup>10</sup>

Un estudio publicado en octubre de 2014 realizó una investigación retrospectiva, cuyo objetivo fue cuantificar los resultados de salud materna y neonatal entre mujeres con esquizofrenia. Las mujeres con esquizofrenia fueron más propensas a presentar un embarazo adolescente en comparación con las mujeres sin enfermedad mental. También se encontró que tenían menos ingresos económicos, tasas más altas de diabetes *mellitus* preexistente,

hipertensión crónica y enfermedad tromboembólica.<sup>10</sup>

Un estudio de cohorte en el Reino Unido, que utilizó datos de las unidades de primeros cuidados neonatales, encontró un riesgo aumentado de óbitos y muerte neonatal en mujeres con psicosis, en comparación con la población control. El aumento de riesgo de muerte perinatal podría deberse a factores relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, consumo de sustancias, malnutrición), o a la condición deficitaria del neonato en el momento del nacimiento, reflejada por un bajo Apgar.<sup>12</sup> El Apgar es una prueba de detección que se utiliza para medir los signos vitales de un bebé en el momento de su nacimiento. El índice de Apgar del primer minuto mide qué tan bien toleró el recién nacido el proceso de nacimiento y al minuto 5 evalúa qué tan bien se está adaptando el recién nacido al ambiente.

Aunque los datos sugieren que, si está clínicamente justificado, algunos medicamentos pueden usarse de manera segura durante el embarazo, nuestro conocimiento sobre los efectos a largo plazo de la exposición prenatal a los medicamentos psicotrópicos es incompleto. Todos los antipsicóticos comercializados están incluidos en la categoría C de la Food and Drug Administration (FDA), menos la clozapina y la piperazina que lo están en la categoría B.<sup>13</sup>

Hasta la fecha, pocos estudios han investigado sistemáticamente el impacto de la exposición a medicamentos psicotrópicos *in utero*, en el desarrollo y el comportamiento en los seres humanos.<sup>14</sup> El primer trimestre es el de mayor riesgo de malformaciones congénitas, en especial el período comprendido entre la tercera y la undécima semana. Cuando es necesario el uso de psicofármacos se sugiere optar por los más estudiados, los más seguros y los más efectivos.<sup>13</sup>

La influencia de la pobreza, la violencia doméstica, las condiciones de vida inseguras y la falta de apoyo social son variables que interactúan para que no se logre un estado de bienestar materno. Otras variables como el estilo de vida materno, tabaquismo, consumo

de sustancias y otros hábitos poco saludables influyen negativamente sobre el binomio madre-hijo.<sup>10</sup>

El interés en la realización de este trabajo surge de la necesidad de valorar la temática planteada junto con la escasa información existente respecto al tema en nuestro medio.

## Objetivos generales

Describir las características poblacionales de las pacientes con esquizofrenia que hayan cursado embarazo/s o puerperio en el período comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2012, de las cuales se encontraron historias clínicas registradas en el Sistema Informático del Hospital Vilardebó (SIV).

## Objetivos específicos

- ♦ Determinar el perfil clínico y sociodemográfico de la población en estudio.
- ♦ Documentar los tratamientos indicados a las pacientes, que aparecieron registrados en el SIV, tanto en las consultas realizadas en Emergencia o durante la internación en dicho hospital (cursando embarazo o puerperio).
- ♦ Describir la presencia de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.
- ♦ Obtener el Apgar y la edad gestacional de los recién nacidos producto de tales embarazos, para compararlos con el Apgar y la edad gestacional de un grupo de recién nacidos control.
- ♦ Documentar la presencia de complicaciones en los recién nacidos de mujeres incluidas en el estudio, para compararlas con un grupo control.

## Material y método

### Instrumento

#### 1) Base de datos informáticos

##### Sistema Informático Perinatal (SIP)

Es un sistema informático elaborado por CLAP\*/OPS para la atención de la madre durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Se basa en la recopilación autorizada de datos estructurados de todos los embarazos y nacimientos a nivel nacional desde 1983.

Está basado en la historia clínica obstétrica, exámenes y estudios complementarios ordenados en una secuencia cronológica. Está constituido por la historia clínica perinatal, el carné perinatal y programas para computadores personales. Su contenido está fundamentado en la norma asistencial y orienta y facilita su cumplimiento por el personal de salud de diferentes niveles de atención. Es posible evaluar la situación perinatal y la calidad de la asistencia mediante el análisis de los datos obtenidos a través de sistemas informáticos que simplifican la elaboración de estadísticas básicas, selección de historias, descripción de variables, cálculos de riesgo, entre otros. El SIP permite además la comparación de la situación perinatal institucional por su característica uniforme de recolección y análisis de los datos con idéntico criterio.

#### 2) Sistema Informático del Hospital Vilardebó (SIV)

Sistema informático que registra y almacena la gran mayoría de las consultas del Hospital Vilardebó. Los diagnósticos se codifican al egreso hospitalario, sea este realizado desde la emergencia o internación. Dicho hospital es de referencia nacional para la patología psiquiátrica.

- ♦ Historias clínicas de las pacientes que se obtuvieron mediante la vinculación de ambos sistemas informáticos.

### Recolección de datos

Se obtuvo la información inicial de la base de datos del SIV, para recabar los registros de las pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que consultaron durante el período antedicho; posteriormente se cruzaron los datos con el SIP para obtener la muestra de los recién nacidos.

- ♦ Revisión de las historias clínicas del Hospital Vilardebó.
- ♦ Obtención de datos del SIP.

### Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y de cohorte con la finalidad de abordar los objetivos generales y específicos.

El SIV proporcionó la base de datos correspondientes a las consultas realizadas y registradas en el Hospital Vilardebó desde enero de 2009 hasta diciembre de 2012.

Previo a la recolección de datos se solicitó la autorización correspondiente al Comité de Ética Médica y a la Dirección del Hospital Vilardebó; se contó con dicho aval.

A través de la base del SIV se obtuvo el registro de las consultas realizadas entre 2009 y 2012 en el Hospital Vilardebó. Posteriormente se seleccionaron las pacientes femeninas codificadas con diagnóstico de esquizofrenia de entre 15 y 45 años.

El Ministerio de Salud Pública, luego de realizada formalmente la solicitud a la División de Epidemiología, brindó la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) correspondiente a los años 2009-2012.

El número de documento de identidad de la mujer, obtenido en el SIV, es ingresado al SIP, de donde se obtuvo los datos para desarrollar los objetivos específicos.

Basándose en un enlace entre registros (*record linkage*) de mujeres que consultaron en el Hospital Vilardebó con diagnóstico de esquizofrenia y en los datos obstétricos de dichas pacientes recopilados retrospectivamente del SIP, el estudio comprendió a mujeres con

\* Centro Latinoamericano de Perinatología.

esquizofrenia que habían cursado uno o más embarazos entre enero de 2009 y diciembre de 2012.

Posteriormente se realizó la revisión de historias clínicas del Hospital Vilardebó, para tener la confirmación del diagnóstico de esquizofrenia, ya que en el carné obstétrico no existe como variable la especificación de patología psiquiátrica; se encuentra como variable «otras patologías».

## Muestra

### *Población de estudio y criterios de inclusión*

La población de estudio incluyó a las mujeres diagnosticadas de esquizofrenia embarazadas o cursando puerperio que consultaron en Hospital Vilardebó durante el período 2009-2012.

Fueron incluidas en este estudio mujeres con diagnóstico de esquizofrenia, con uno o más embarazos —o puerperio— entre el 1/1/2009 y el 31/12/2012, que realizaron por lo menos una consulta registrada en el Hospital Vilardebó. Se incluyó pacientes de entre 15 y 45 años. Se delimitó este rango etario por ser el utilizado en la bibliografía que se consultó.

### Población control

Se eligió, de forma aleatoria, una muestra de población control de las mujeres que habían cursado uno o más embarazos durante el mismo período registrado en el SIP. Se utilizó el doble de pacientes que en el grupo de pacientes esquizofrénicas.

### Identificación de variables de estudio

La selección de variables se realizó de acuerdo con los datos sociodemográficos y clínicos más frecuentemente relevantes en este tipo de estudio, sobre la base de la bibliografía revisada en relación con los objetivos establecidos.

- ♦ Edad, en años.
- ♦ Medio socioeconómico y cultural.
- ♦ Consumo de sustancias.
- ♦ Planificación del embarazo.
- ♦ Número de consultas prenatales.
- ♦ Complicaciones durante el embarazo.
- ♦ Complicaciones del parto.
- ♦ Complicaciones del puerperio.
- ♦ Recién nacido: edad gestacional, peso, Apgar al minuto 1 y al minuto 5.
- ♦ Malformaciones, defectos congénitos, complicaciones perinatales, fallecimiento.
- ♦ Medicación psiquiátrica recibida durante el embarazo o puerperio.

## Resultados

En el SIV se registraron 722 consultas de mujeres en el período comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2012, correspondiendo a 496 mujeres, lo que muestra un alto índice de reconsultas. Se incluyó en el estudio pacientes menores de 45 años, lo que redujo el número a 297 mujeres (451consultas).

Estos datos se cruzaron con los embarazos registrados en el SIP en el mismo período: un total de 171.264 embarazos a nivel nacional (público y privado).

Cumplían con los criterios de inclusión 30 mujeres, de las cuales se registraron 35 embarazos en el SIP durante el período de estudio.

Se analizó las complicaciones obstétricas según su momento de presentación, durante el embarazo, el parto y el período neonatal inmediato. Se examinó en todas las mujeres, y para cada una de estas etapas, la frecuencia de determinadas complicaciones obstétricas.

Se procesó los datos mediante el programa Statistic Program for the Social Sciences (SPSS) para Windows versión 19. Posteriormente se validaron los datos desde un punto de vista estadístico.

Se obtuvo las tablas de frecuencia de cada una de las variables y se examinó su configuración general y la presencia de valores atípicos, la ausencia de datos y las entradas no válidas de todas las distribuciones.



Se calculó las razones de probabilidad ajustadas y no ajustadas y sus intervalos de confianza (IC); se estableció el nivel de significación en  $p < 0,05$ .

## Análisis de datos

### *Grupo de casos de pacientes con esquizofrenia*

Se analizó una base de datos de 35 embarazos, correspondientes a 30 pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio, durante el período comprendido entre los años 2009-2012 en el Hospital Vilardebó.

A continuación se detalla la distribución de frecuencias para las variables de interés.

### Variables sociodemográficas

La edad promedio de las pacientes fue de 30 años. El rango de edad: mínimo 17 años y el máximo de 40 años. Mediana de 31 años, la moda de 36 años, el desvío estándar de 6,7 años. El 25 % de las pacientes estaba por debajo de los 25 años; el 50 %, por debajo de los 31 años (mediana); y el 75 %, por debajo de los 36 años.

El 74 % de las pacientes era de etnia blanca; el 6 %, mestiza; el 3 %, afro; el 3 %, indígena; en tanto el 14 % no tenía dato de la etnia.

El 57 % tenía estudios de nivel secundario; el 37 %, de nivel primario; y 3 % tenía estudios de nivel universitario. Se desconocía el nivel de instrucción en el 3 %.

Estado civil: 43 % soltera, 37 % unión estable, el 14 % casada, 3 % divorciada y 3 % viuda.

Procedencia: 63 % de Montevideo; 31 % del interior. Se desconoce la procedencia en el 6 %.

El 83 % de las mujeres manifestaron vivir acompañadas, en tanto el 11 % vivían solas.

Del análisis de los antecedentes personales médicos no psiquiátricos de las pacientes surge que el 91,4 % no presentaba diabetes *mellitus* ni hipertensión arterial.

Se registró preeclampsia en el 9 %. No hubo registros de eclampsia. Solo el 3 % tenía an-

tecedente de alguna cirugía previa. No hubo registros de mujeres con diagnóstico conocido de infertilidad, cardiopatía o nefropatía.

Contrariamente a lo reportado por otros estudios, no se encontró datos registrados para ninguna paciente de la variable violencia doméstica, ni en las historias clínicas revisadas del Hospital Vilardebó, ni en la base informática del SIP.

### Antecedentes ginecoobstétricos

El 31 % de las mujeres no tenía embarazos previos. El 69 % restante presentaba gestaciones previas, siendo la media de 2.

Aborto voluntario: 1 aborto: 26 %; 2 abortos: 11 %.

Vía de finalización del embarazo:

- ♦ Parto vaginal: 65 %.
- ♦ Cesárea: 1 cesárea: 23 %; 3 cesáreas: 12 %.

El antecedente de recién nacido muerto mostró una frecuencia de 6.

De las 35 gestaciones, 25,7 % fueron planificadas; 45,7 % fueron embarazos no planeados y hay 28,6 % sin dato.

Método anticonceptivo utilizado: 60 % refería no utilizar ninguno; 8,6 % utilizaba método de barrera y 2,8 % utilizaba método natural. Sin dato: 28,6 %.

En relación con la utilización de hierro durante el embarazo, se registró su uso en 34 % de las gestaciones, en tanto el ácido fólico fue utilizado en el 26 %.

Realizaron clases de preparación para el parto: 11 %. Recibieron consejería sobre lactancia 34 %.

Se constató un 71 % de mujeres con carné de control obstétrico, de las cuales 23 % tuvo entre 4 y 5 controles durante el embarazo, 11 % presentó 8 controles y 29 % no tuvo controles.

En cuanto al inicio de trabajo de parto, el 69 % fue de forma espontánea; 17 %, por cesárea electiva; y 6 %, por inducción.

Se registró un tamaño fetal acorde a la edad gestacional en el 77 %.

Estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto 67 %: 55 % por la pareja, 40 % por

algún familiar, 5 % por otra persona. El 23 % de las mujeres manifestó no haber tenido compañía durante el trabajo de parto. Sin dato: 10 %.

A continuación se describe las frecuencias de distintas complicaciones obstétricas detectadas en las pacientes esquizofrénicas:

- ♦ Amenaza de parto pretérmino: 18 %
- ♦ Ruptura prematura de membranas: 18 %
- ♦ Otra condición grave: 15 %
- ♦ Anemia: 9 %
- ♦ Hemorragia del 3.er trimestre: 6 %
- ♦ hta inducida: 6 %
- ♦ Restricción de crecimiento intrauterino: 6 %
- ♦ Diabetes tipo 2: 3 %
- ♦ Diabetes gestacional: 3 %
- ♦ hta previa: 3 %
- ♦ Hemorragia del 1.er trimestre: 3 %
- ♦ Hemorragia del 2.o trimestre: 3 %

Se destaca que la mayoría de estas variables presentó entre un 25 % y un 34 % sin datos.

#### Recién nacidos

Se registraron 97 % recién nacidos vivos (n = 34) y 3 % abortos (n = 1).

Edad gestacional: media 37,97 semanas, mediana 38 semanas, moda 39 semanas. Desvío típico: 2,022.

El promedio de peso al nacer fue de 2.930 gramos, con un peso mínimo de 1.240 gramos y un máximo de 4.025 gramos.

Distribución de los pesos al nacer:

- ♦ < 2.500 g: 20,5 %
- ♦ 2.500-4.000 g: 76,5 %
- ♦ > 4.000 g: 3,0 %

La distribución del peso de los recién nacidos según la edad gestacional fue así: 76,5 % con peso adecuado para la edad gestacional; 17,5 % pequeño y 3 % grande para la edad gestacional.

Apgar al primer minuto: 56 % presentó un Apgar de 9; 26 % tuvo Apgar de 8; 12 % tuvo Apgar de 7. Hay 6 % sin datos.

Apgar a los 5 minutos: 50 % presentó un Apgar de 10; 32 % tuvo un Apgar de 9; 12 % tuvo un Apgar de 8. Hay 6 % sin dato.

Al analizar los tipos de reanimación requerida por los recién nacidos, se observó que 15 % requirió estimulación, 2 % requirió aspiración y 6 % requirió oxígeno.

No hay registro de recién nacidos con defectos congénitos.

En cuanto al alimento en el momento del alta, se registró un 31 % con lactancia exclusiva, un 14 % con lactancia parcial y un 23 % con alimento artificial. Hay 11 pacientes sin dato (29 %).

Del total de mujeres, 69 % recibió consejería de anticoncepción.

Tipo de anticonceptivo elegido:

- ♦ Diu: 37,1 %
- ♦ Ligadura tubaria: 17,1 %
- ♦ Hormonal: 8,6 %
- ♦ Barrera: 2,9 %
- ♦ Otro: 2,9 %
- ♦ Ninguno: 2,9 %
- ♦ Sin datos: 28,6 %

#### Consultas en Hospital Vilardebó durante embarazo o puerperio

Durante las 35 gestaciones que se registraron en las 30 pacientes incluidas en esta investigación:

- ♦ 31,5 % consultó en Emergencia de Hospital Vilardebó durante el embarazo.
- ♦ 57 % realizó consultas durante el puerperio.

En cuanto a la variable internación en Hospital Vilardebó, se registró:

- ♦ 20 % de las gestaciones requirió internación psiquiátrica durante el embarazo.
- ♦ 49 % la requirió en el puerperio.

Los motivos de consulta o internación en Hospital Vilardebó, registrados en historia clínica de ingreso, fueron los siguientes:

- ♦ Esquizofrenia descompensada: 25,7 %
- ♦ Episodio psicótico agudo: 17,1 %

- ◆ Excitación psicomotriz: 2,9 %
- ◆ Ideas de muerte, consumo de pasta base de cocaína: 2,9 %
- ◆ Sin datos: 51,4 %

Durante el período de internación 9 % presentó complicaciones obstétricas.

De las pacientes cursando embarazo, en las que se registró la edad gestacional en el momento de la internación, existen 4 registros: una con 6 semanas de gestación, una con 7, una con 8 y una con 23 semanas de gestación.

Las diferentes estrategias terapéuticas utilizadas durante la internación en pacientes embarazadas fueron las siguientes (gráfica 1):

- ◆ Benzodicepinas de vida media larga: 26 %
- ◆ Antipsicóticos típicos: 26 %
- ◆ Benzodicepinas de vida media corta: 20 %
- ◆ Antipsicóticos atípicos: 14 %
- ◆ Antipsicóticos de depósito: 14 %
- ◆ Estabilizadores del humor: 9 %
- ◆ Antidepresivos: 6 %
- ◆ Anticolinérgicos: 6 %
- ◆ Electroconvulsoterapia: 3 %

Los psicofármacos utilizados durante el puerperio en la población de pacientes esquizofrénicas fueron los siguientes (gráfica 1):

- ◆ Benzodicepinas de vida media larga: 43 %
- ◆ Antipsicóticos típicos: 34 %
- ◆ Benzodicepinas de vida media corta: 31 %
- ◆ Antipsicóticos atípicos: 31 %
- ◆ Antipsicóticos de depósito: 23 %
- ◆ Anticolinérgicos: 23 %
- ◆ Estabilizadores del humor: 14 %
- ◆ Electroconvulsoterapia: 14 %
- ◆ Antidepresivos: 9 %

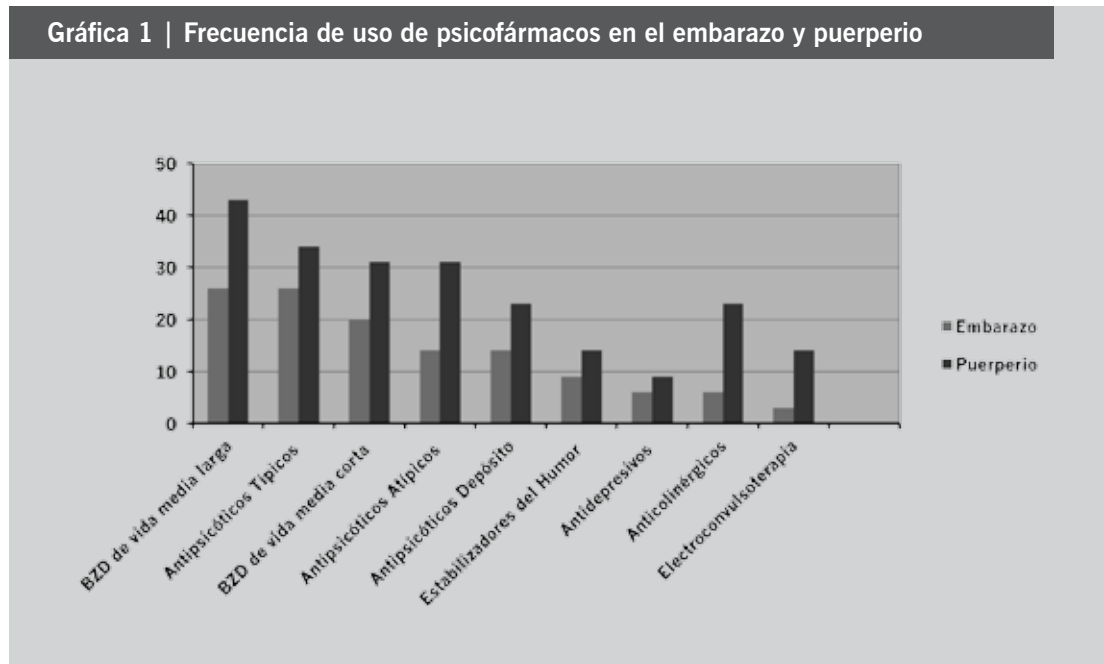
Al alta psiquiátrica el 29 % de las pacientes se retiró con algún familiar, el 11 % fue a casa de acogida, 9 % se fugaron. Sin dato: 51 %.

En cuanto al reingreso hospitalario durante el embarazo o puerperio, este se registró en 26 % de las mujeres de la muestra.

#### Comparación con grupo control

Se ingresó a la base de datos de SPSS un total de 70 mujeres (controles) obtenidas del SIP. La inclusión de las mujeres embarazadas ingresadas al SPSS se hizo de forma aleatoria, cumpliendo con el requisito etario estableci-

Gráfica 1 | Frecuencia de uso de psicofármacos en el embarazo y puerperio





do para la población de estudio (entre 15 y 45 años).

El promedio de edad fue de 26 años; mediana, de 26 años; moda, de 27 años y desvío estándar, de 6 años. Se encontró una edad mínima de 15 años y un máximo de 39 años. Se halló los percentiles 25, 50 y 75, siendo sus valores 20, 26 y 31 años, respectivamente.

Para la edad de ambos grupos se verificó la norma mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Se compararon las mujeres con edades mayores o iguales a 35 años en ambos grupos, ya que se definen como gestantes añosas y presentan mayor riesgo obstétrico. En el grupo control se encontró 5,7 % de mujeres con edades iguales o mayores a los 35 años, mientras que en los casos el porcentaje fue del 37,1 %. La prueba de Chi-cuadrado con corrección de Yates dio significativa (valor  $p = 0,0003$ ).

Se evidenció que un 25,7 % de las pacientes con esquizofrenia planificó su embarazo; en la población control es el 51,5 % de los casos.

La comparación del peso al nacer no encontró diferencia significativa entre ambos grupos (valor  $p = 0,061$ ).

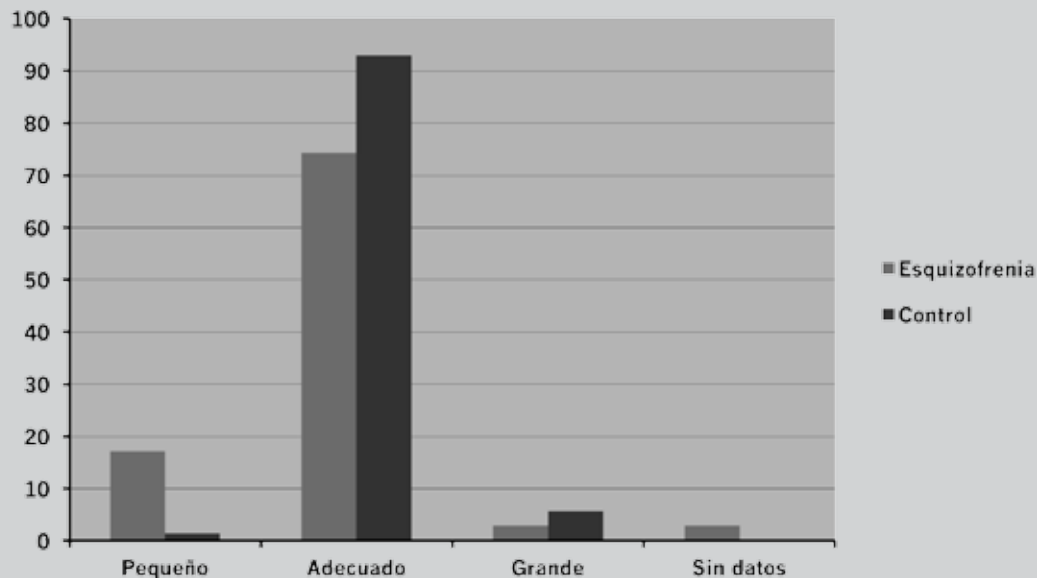
Al comparar el peso del recién nacido según la edad gestacional para casos y controles, no se encontró diferencia significativa entre ambos grupos (gráfica 2).

Al comparar la edad gestacional del recién nacido en el momento del parto (36 semanas o menos y más de 36 semanas) entre el grupo con esquizofrenia y el grupo control, no se demostró asociación estadísticamente significativa.

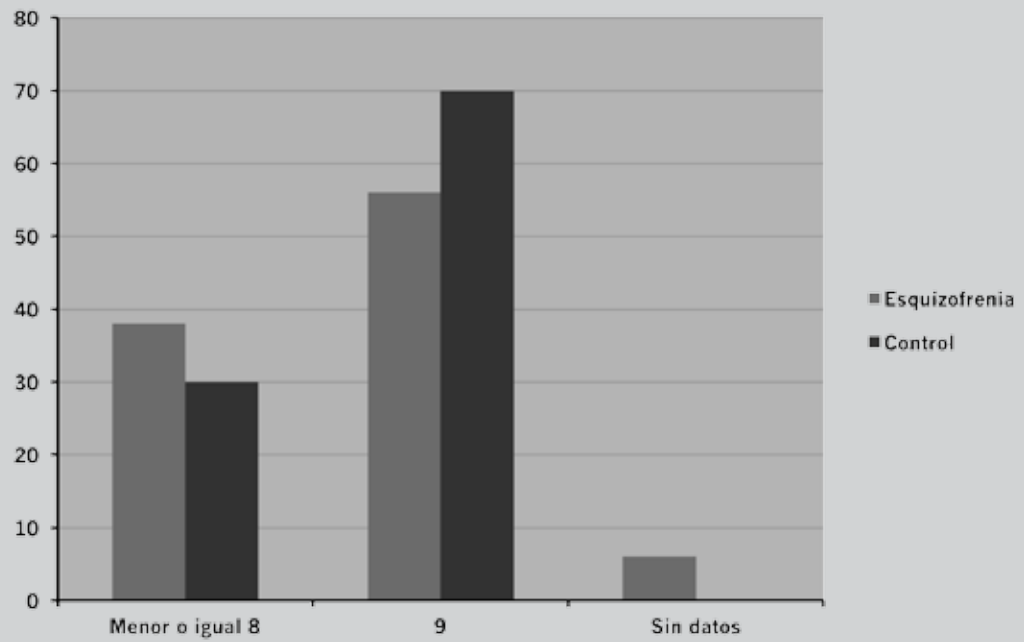
En cuanto al Apgar al minuto, se registró en un solo caso de la población control un Apgar inferior a 7. En ninguna de las dos poblaciones se evidenció un Apgar inferior a 7 a los 5 minutos. No se aplicó test estadístico por existir celdas con frecuencia 0 (gráficas 3 y 4).

La comparación del número de controles prenatales en ambos grupos muestra que la proporción de pacientes con menos de 6 controles prenatales en el grupo de esquizofrénicas (70 %) es significativamente mayor que la

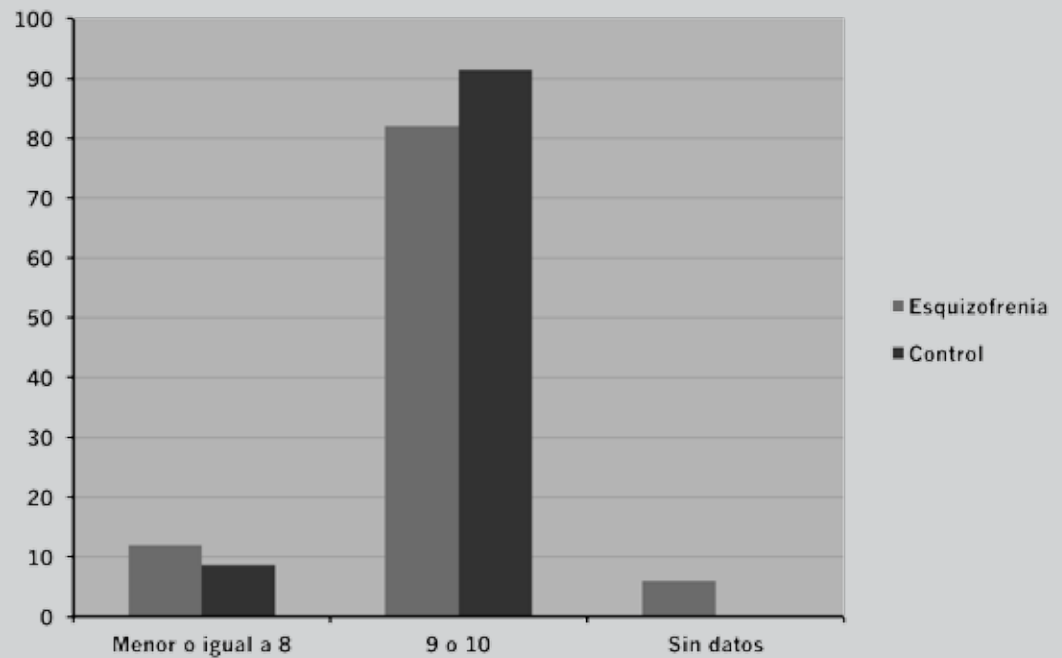
Gráfica 2 | Comparación peso y edad gestacional en recién nacidos



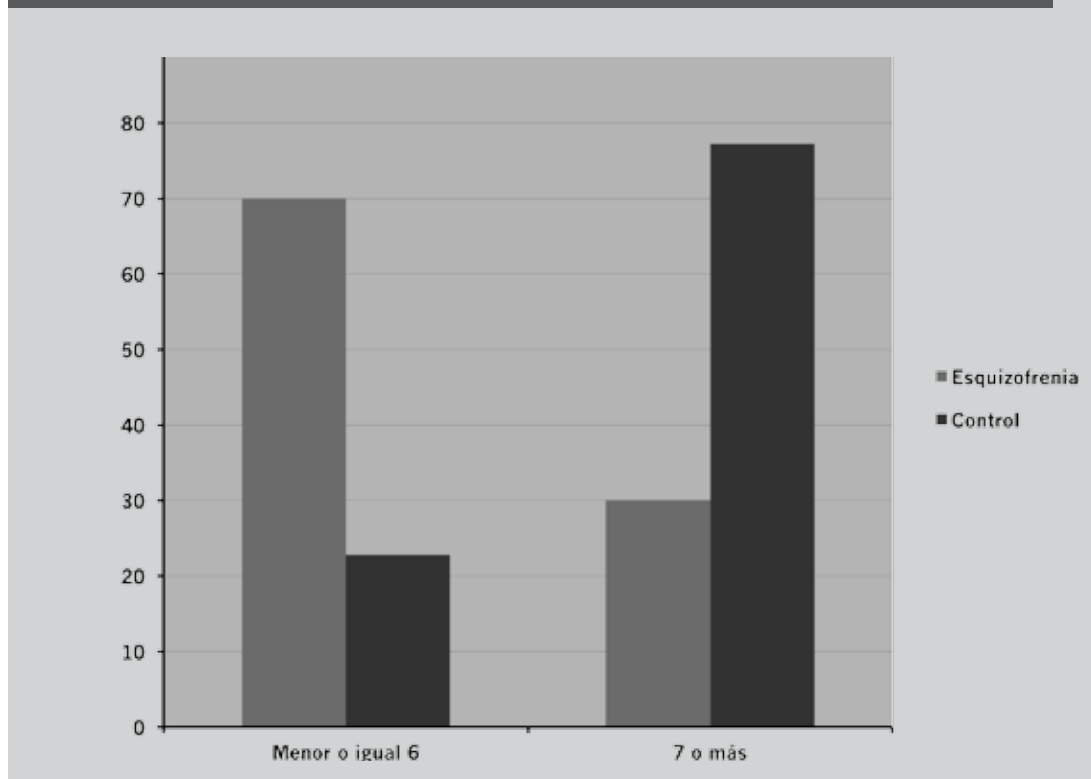
Gráfica 3 | Comparación Apgar al 1.er minuto



Gráfica 4 | Comparación Apgar a los 5 minutos



Gráfica 3 | Comparación Apgar al 1.º minuto



Trabajo original

proporción en el grupo control (22,8 %); valor  $p < 0,0001$  (gráfica 5). También la presencia del carné perinatal es significativamente menor en el grupo de mujeres con esquizofrenia, valor  $p = 0,0027$  (Chi-cuadrado con corrección de Yates).

### Complicaciones obstétricas

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambos grupos con respecto a amenaza de parto pretérmino, rotura prematura de membranas, anemia, restricción del crecimiento intrauterino, hemorragia 1.º trimestre, hemorragia 3.º trimestre.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambos grupos en la infección urinaria.

Con referencia a lactancia al alta los resultados son los siguientes:

- Pacientes con esquizofrenia: 32,4 % lactancia exclusiva; 14,7 % lactancia parcial; 23,5 % fórmula; 29,4 % sin datos.
- Grupo control: 80 % lactancia exclusiva; 2,9 % lactancia parcial; 1,4 % fórmula; 15,7 % sin datos.

### Método anticonceptivo al alta ginecológica:

- Pacientes con esquizofrenia: 38,2 % diu; 17,6% ligadura tubaria; 8,8 % hormonal; 26,7 % sin datos.
- Grupo control: 42,9 % hormonal; 14,3 % diu; 10 % barrera; 12,9 % sin datos.

El análisis se realizó utilizando el software SPSS versión 19 y Epidata 3.1. Los datos se utilizaron con el único fin de la investigación y formación profesional, preservando en todo momento la identidad.

## Discusión de los resultados

Se presentan los resultados de un estudio poblacional basado en el enlace de diversos registros clínicos de morbilidad y de bases de datos de Uruguay. Los objetivos de este estudio fueron determinar la frecuencia y las características de las complicaciones obstétricas experimentadas por las mujeres con esquizofrenia frente a mujeres no diagnosticadas de un trastorno psiquiátrico, y explorar múltiples complicaciones del embarazo con respecto a los factores de riesgo maternos.

Durante la presente investigación se encontró algunas dificultades, las cuales probablemente influyeron en los resultados obtenidos:

Tanto en el SIV como en el SIP hay un subregistro de las pacientes con esquizofrenia.

No hay datos sobre la morbilidad psiquiátrica paterna, un factor que podría contribuir de forma significativa a los riesgos genéticos y ambientales.

No se dispuso de información precisa sobre la toma de otros fármacos de venta con receta o de estupefacientes durante el embarazo.

Este estudio buscó cumplir con alguno de los criterios metodológicos propuestos por McNeil<sup>15</sup> para los estudios de las reacciones adversas del proceso de reproducción en las mujeres con trastornos psiquiátricos.

1. Se basa en una cohorte de nacimientos de la población general, que incluye todos los nacimientos registrados de mujeres con esquizofrenia en Hospital Vilardebó (período 2009-2012).

2. De la misma cohorte se extrajo, de forma aleatoria, un grupo de control no psiquiátrico.

3. Todos los grupos de estudio proceden de una población delimitada geográficamente.

4. Se recopiló los datos estructurados de las complicaciones obstétricas y de los factores de riesgo maternos registrados en los sistemas informáticos utilizados.

La población incluida en este estudio, obtenida a través de la revisión de los sistemas informáticos referidos, es pequeña, por lo cual no se debe generalizar los resultados.

La mayoría de los hallazgos son concordantes con otros estudios publicados a nivel internacional, en cuanto al perfil sociodemográfico, planificación del embarazo, número de controles prenatales, administración de psicofármacos durante el embarazo. La mayor cantidad de consultas en Emergencia de Hospital Vilardebó e ingresos hospitalarios se registraron durante el puerperio, siendo el posparto el período de mayor vulnerabilidad para la aparición o descompensación de las enfermedades psiquiátricas, lo que está en concordancia con los datos obtenidos en otros estudios.

En contraposición a los resultados de otras investigaciones en este estudio no se pudo encontrar asociación entre la esquizofrenia, la edad gestacional, el peso del recién nacido o el Apgar. Se plantea que esto puede deberse a que la muestra fue pequeña, pudiendo ser entonces representativa de un subgrupo de mujeres con esquizofrenia que al entrar en contacto con el sistema de salud, a través de la internación, reciben mejor asistencia prenatal que el resto de las mujeres con esquizofrenia; asimismo, en el momento del parto el equipo obstétrico está al tanto del diagnóstico y del uso de psicofármacos. Estos hechos conllevarían a tener cuidados con la madre y con el recién nacido mayores, que evitarían las complicaciones mencionadas en la literatura internacional.

En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, se evidencia que las benzodiacepinas de mayor uso durante el embarazo fueron las de vida media larga, en discrepancia con las sugerencias citadas en la literatura analizada. Este resultado puede deberse a que la mayoría de las pacientes ya estaba con tratamiento, por lo cual se optó por mantener el tratamiento previo.

En relación con la alimentación del lactante en el momento del alta, se evidenció que las pacientes con esquizofrenia amamantan considerablemente menos en comparación con el grupo control; hay una diferencia de más del doble (80 % de lactancia exclusiva en población control y 32,4 % en la población de

estudio). Estudios en la península escandinava evidencian que hay controversia sobre el amantamiento en las pacientes con trastornos mentales severos y persistentes. La evidencia hasta el momento no es concluyente, ya que se ha planteado la posibilidad de la teratogenia conductual, es decir, de los efectos de los psicofármacos que son transmitidos al recién nacido, tanto durante el embarazo como en la lactancia.<sup>16</sup>

## Conclusiones

En el presente trabajo se identificó pacientes con determinadas características sociodemográficas y clínicas, tanto durante el embarazo como en el puerperio, buscando aportar información para la toma de la conducta terapéutica:

Las pacientes con esquizofrenia son gestantes añosas en mayor proporción que la población control.

Presentan menor nivel de educación formal.

Hay un mayor porcentaje de pacientes solteras en comparación con el grupo control.

Los embarazos fueron menos planificados que en la población control.

Presentan menos controles prenatales y menor cantidad de carné obstétrico (embarazos no captados).

No se evidenció asociación entre la esquizofrenia y la edad gestacional, el peso del recién nacido o el Apgar, en contraposición a los resultados de otras investigaciones.

No se registró diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las complicaciones obstétricas, ni complicaciones neonatales entre ambas poblaciones.

El método anticonceptivo elegido al alta ginecológica con mayor frecuencia en esta población de estudio fue el dispositivo intrauterino (diu) y la ligadura tubaria, a diferencia de la población control cuyo método anticonceptivo más frecuentemente utilizado es el hormonal.

Una de las consideraciones, acorde a la bibliografía revisada, es que las pacientes esquizofrénicas reciben más de un psicofármaco, tanto durante el embarazo como en el puerperio. Los psicofármacos más utilizados fueron las benzodiacepinas de vida media larga y los antipsicóticos típicos, tanto en el embarazo como en el puerperio.

La mayor cantidad de consultas registradas en el Hospital Vilardebó se realizaron durante el puerperio.

Este estudio apunta a mejorar el conocimiento de esta población en nuestro medio y a la promoción de prácticas que pesquisen precozmente a las pacientes con trastornos psiquiátricos graves. La intención es reflexionar sobre políticas de salud sexual y reproductiva en esta población de mujeres particularmente vulnerables, para prevenir complicaciones obstétricas, perinatales y del puerperio en mujeres con diagnóstico de patología mental grave.

Se procuró proveer de una base de datos para la realización de otros estudios que puedan ser de interés, a realizarse en esta u otras instituciones.

Se considera de interés evaluar en otras investigaciones la evolución de los recién nacidos de las pacientes registradas en este estudio, a nivel neurocomportamental, vincular (binomio madre-hijo) y social; qué porcentaje de estos niños permaneció con su madre; el porcentaje de madres que perdió la custodia de sus hijos; el desarrollo en la evolución de patología psiquiátrica, ya que existen trabajos que han asociado los resultados adversos perinatales con el desarrollo de diversos trastornos mentales en la adolescencia y juventud.

Las benzodiacepinas registradas de mayor uso durante el embarazo fueron las de vida media larga, en discrepancia con las sugerencias citadas en la literatura analizada. Los antipsicóticos típicos fueron más utilizados que los atípicos durante el embarazo. Se encontró registro de uso de otros psicofármacos durante el embarazo: estabilizadores del humor, antidepresivos y anticolinérgicos.



La electroconvulsoterapia como estrategia terapéutica se registró en una sola paciente.

Una línea de investigación que se deriva de este trabajo es documentar la evolución de los recién nacidos de las pacientes incluidas en el estudio, para valorar los probables efectos secundarios en aquellos que estuvieron expuestos a psicofármacos *in utero* o durante la lactancia, y a largo plazo un seguimiento en el desarrollo neurocognitivo.

Las oportunas intervenciones prenatales y posnatales deberían reducir el riesgo en estos grupos vulnerables. Es importante que la mujer con esquizofrenia reciba asesoramiento sobre la mejor terapia para controlar su enfermedad durante el embarazo, y minimizar sus posibles efectos adversos, entre los que se encuentran potenciales malformaciones en el feto.

### Agradecimientos

Clínica Psiquiátrica. Prof. Dra. Stella Bocchino, por apoyarnos en la realización del presente estudio.

Dirección del Hospital Vilardebó, por autorizar la investigación en dicho centro hospitalario.

Ministerio de Salud Pública (División de Epidemiología), por suministrarnos los registros del Sistema Informático Perinatal.

Funcionarios de Registros Médicos del Hospital Vilardebó, por facilitarnos el acceso a las historias clínicas.

Funcionarios de la Biblioteca del SMU.

### Referencias bibliográficas

1. **Solari H, Dickson KE, Miller L.** Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum –Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol* 2009; 16(1):e23-32.
2. **Miller LJ.** Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23(4):623-635.
3. **Miller LJ, Finnerty M.** Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 1996; 47(5):502-506.
4. **Cournos F, Guido JR, Coomaraswamy S, Meyer-Bahlburg H, Sugden R, Horwath W.** Sexual activity and risk of HIV infection among patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151(2):228-232.
5. **Hutchinson G, Bhugra D, Mallett R, Burnett R, Corridan B, Leff J.** Fertility and marital rates in first-onset schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(12):617-621.
6. **Coverdale JH, Bayer TL, McCullough LB, Chervenak FA.** Respecting the autonomy of chronic mentally ill women in decisions about contraception. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44(7):671-674.
7. **Howard LM, Kumar R, Thornicroft G.** Psychosocial characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2001; 178:427-432.
8. **Menezes PR, Johnson S, Thornicroft G, et al.** Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry* 1996; 168(5):612-619.
9. **Seeman MV.** The role of sex hormones in psychopathology: focus on schizophrenia. *Prim Care* 2002; 29(1):171-182.
10. **Vigod SN, Kurdyak PA, Dennis CL, et al.** Maternal and newborn outcomes among women with schizophrenia: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* 2014; 121:566-574.
11. **Howard LM.** Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 119(1):3-10.

12. **Howard LM, Goss C, Leese M, Thornicroft G.** Medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants in the first year after birth. *Br J Psychiatry* 2003; 182:63-67.
13. **Gimeno Álvarez D, Ferre Navarrete F.** Protocolo de actuación para el uso de psicofármacos en el embarazo. *Medicine* 2011; 10(86):5855-5861.
14. MGH Center for Women's Mental Health. *Psychiatric Disorders During Pregnancy*. 2014. Disponible en: <<https://womensmentalhealth.org/specialty-clinics/psychiatric-disorders-during-pregnancy/>>. (Consulta: agosto 2014.)
15. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Masson; 2002.
16. **Seeman MV.** Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Acta Psychiatr Scand* 2013; 127:12-22.