

2. Myung-Hyun L, Yoon-Keun K, Kyung-up M, Bung-Jae L, Joon-Woo B, Jee-Wong B, et al. Differences in sensitization rates to outdoor aeroallergens, specially citrus red mite (*Panonychus citri*), between urban and rural children. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001;86(6):691-5.
3. Ziska L H, Gebhard DE, Frenz DA, Faulkner S, Singer BD, Straka JG. Cities as harbingers of climate change: Common Ragweed, urbanization and public health. *J allergy clin immunol* 2003;111(2): 290-5.
4. D'Amato G, Liccardi G, D'Amato M, Cazzola M. The role of outdoor air pollution and climatic changes on the rising trends in respiratory allergy. *Respir Med* 2001;95(7):606-11.
5. Ross MA, Persky VW, Scheff PA, Chung J, Curtis L. Effect of Ozone and Aeroallergens on the respiratory health of asthmatics. *Arch Environ Health* 2002;57(6):568-78.
6. Armentia A, Lombardero M, Barber D, Martín Gil FJ, Martín-Santos, et al. Is *Lolium* pollen from an urban environment more allergenic than rural pollen? *Allergol Immunopathol (Madr)* 2002;30(4): 218-24.
7. Ng'ang'a LW, Odhiambo JA, Mungai MW, Gicheha CM, Nderitu P, Mainigi B, et al. Prevalence of exercise induced bronchospasm in Kenyan school children: an urban-rural comparison. *Thorax* 1998; 53(11):919-26.
8. Riedler J, Braun-Fahrlander C, Eder W, Schreuer M, Waser M, Maisch S, et al. Exposure to farming in early life and development of asthma and allergy: a cross-sectional survey. *Lancet* 2001;358 (9288):1129-33.
9. Matricardi PM, Bouygue GR, Tripodi S. Inner-city asthma and the hygiene hypothesis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89 (Suppl):S69-74.
10. Hijazi N, Abalkhail B, Seaton A. Diet and childhood asthma in a society in transition: a study in urban and rural Saudi Arabia. *Thorax* 2000;55(9):775-9.

Mujer de 25 años con psicosis puerperal

Sr. Director: La maternidad y el embarazo están, generalmente, asociados a una situación emocional placentera tanto en la mujer como en su familia, por ello, el período antenatal no parece ser de riesgo elevado de aparición por psicosis¹. Sin embargo, la maternidad conlleva en muchos casos un incremento de vulnerabilidad ante ciertos trastornos psiquiátricos: depresión, psicosis, ansiedad, trastornos de alimentación, etc., siendo las mujeres, por tanto, más susceptibles de desarrollar una enfermedad psicótica en el posparto que en ninguna otra etapa de la vida². No obstante, estas anomalías son frecuentemente infradiagnosticadas y atribuidas a cambios relacionados con el embarazo.

Presentamos el caso de una paciente primipara de 25 años que acude de urgencia al Centro de Salud, acompañada de su madre y su marido, preocupada por la ganancia ponderal de su hija de 10 días de edad. A lo largo de esta consulta la pediatra observó un comportamiento extraño en la paciente, la cual mostraba nerviosismo e inquietud. La madre de la paciente confirmó este punto y añadió que ésta deambulaba desnuda por el domicilio alegando que “eso le recordaba a su bebé, que todo le recordaba a su bebé”, que había estado manipulando una mochila como si de su hija se tratase y que, además no cuidaba ni alimentaba a la niña a pesar de mostrarse angustiada por el temor de que pudiera pasarse algo malo a su hija. Ante la sospecha de patología psiquiátrica, la pediatra derivó a la paciente para su valoración a su médico de familia. Ésta, tras rehistóriar a paciente y familiares, en

la exploración física objetivó buen estado general, auscultación cardiopulmonar, constantes y resto de parámetros dentro de límites normales. En la exploración psíquica, la paciente estaba consciente, orientada, intranquila, angustiada, con inquietud psicomotriz, hiperactiva y con labilidad emocional; el lenguaje era atropellado, con asociaciones laxas y distraibilidad aumentada; el comportamiento se observaba inadecuado, con vaga ideación delirante de perjuicio, sin alteraciones sensoperceptivas e insomnio global de varios días de evolución; sin ideas auto ni heteroagresivas, pero sí escasa conciencia de enfermedad. Dada esta clínica se decidió remitir para valoración psiquiátrica urgente en el Hospital de la Princesa, donde se decidió su ingreso a cargo de Psiquiatría al ser diagnosticada de psicosis puerperal. Tras instaurar tratamiento con neurolepticos y benzodiacepinas y seguir una evolución favorable se dio de alta, acudiendo regularmente a la consulta del Centro de Salud y de la Unidad de Salud Mental.

En el presente caso clínico, el motivo de consulta fue la escasa ganancia ponderal del bebé, sin embargo, la pediatra tras la anamnesis intuyó la posibilidad de patología subyacente en la madre como causa del crecimiento lento de su bebé, lo cual pone en evidencia la importancia del diagnóstico de patologías psiquiátricas, aparentemente no graves, desde Atención Primaria. El médico en el Centro de Salud, dado el lugar privilegiado que ocupa, debe ser capaz de diagnosticar enfermedades mentales, así como valorar el grado de severidad de cada caso tanto en el contexto de la familia, como en el sociocultural, y la forma de responder a los acontecimientos vitales estresantes (parto, por ejemplo) que se producen a lo largo del ciclo vital familiar³.

La psicosis constituye un trastorno cualitativo de la personalidad global, por lo general grave, cuya aparición implica, a menudo, una ruptura de la continuidad biográfica del paciente, el cual no tiene conciencia de enfermedad ni efectúa crítica de ella⁴. A pesar de la omisión en las clasificaciones internacionales modernas como DSM-III y DSM-IIIR, el concepto de psicosis puerperal continúa recibiendo soporte de los facultativos en base a que presenta un cuadro clínico muy definido, caracterizado por la aparición de síntomas delirantes o pensamientos persistentes de contenido suicida o infanticida coexistiendo con síntomas propios del estado de ánimo, sobre todo depresivos^{5,6}. El 50% de los casos aparece en primíparas y también es frecuente que se asocie a partos con complicaciones⁷. La tasa estimada es de 1-2 casos por 1.000 partos. El riesgo de presentar este trastorno se eleva hasta el 25% si existen antecedentes personales de trastorno bipolar, y entre el 50% y el 75% de existir un episodio anterior ya diagnosticado⁸.

El diagnóstico, sin criterios específicos, se realiza cuando la clínica psiquiátrica aparece en relación al período puerperal. Puede debutar con ansiedad, insomnio, labilidad emocional y progresar hasta conductas desorganizadas, suspicacia e ideas delirantes en el 50% de los casos. La paciente tiende a abandonar el cuidado del hijo, pensar que éste ha fallecido, negar el parto, o tener ideas de persecución o influencia.

Este trastorno constituye una urgencia médica⁹ y su aparición conlleva el ingreso hospitalario de las pacientes, medidas de contención y antidepresivos combinados con neurolépticos. Con el tratamiento psicofarmacológico debe suprimirse la lactancia materna. Además se hace necesario un Control estricto de las pacientes por parte del médico de familia y las Unidades de Salud Mental.

L. DE PRADO PRIETO^a, M.J. GRIFO PEÑUELAS^a, M. SÁNCHEZ CALDERÓN Y A.L. MORO RODRÍGUEZ^b

^aMédicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

^bMédicos Especialistas en Pediatría. Centro de Salud de Mejorada del Campo. Área 2. Atención Primaria. Madrid.

Correspondencia: M.J. Grifo Peñuelas.
Centro Municipal de Salud de Vélez de San Antonio.
C/ Libertad, s/n.
28891 Vélez de San Antonio. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paffenbarger RS Jr, McCabe LJ Jr. The effect of obstetric and perinatal events on risk mental illness in women of childbearing age. *American Journal of Public Health* 1996;86(3):400-7.
2. Videbæk P, Goulaev G. First admission with puerperal psychosis: 7-14 years of follow up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;91: 167-73.
3. Taylor RB. Medicina de Familia. Principios y práctica (5th ed.). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999; p. 29.
4. Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna (14.ª ed.). Madrid: Harcourt S.A., 2000; p. 1795.
5. McGorry P, Connell S. The nosology and prognosis of puerperal psychosis: a review. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31(6):519-34.
6. Hidalgo I, Díaz González R. Psiquiatría Clínica: Aspectos clínicos y terapéuticos de los trastornos mentales. Madrid: Aula Médica, 1998; p. 140.
7. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Panamericana, 1996; p. 398.
8. Pedersen CA. Postpartum mood and anxiety disorders. *Official Journal of the American Thyroid Association* 1999;9(7):691-7.
9. Misri S, Lusskin S, Kostaras X. Psychiatric disorders in pregnancy. Wellesley MA, 2001.

Cribado sistemático de toxoplasmosis en el embarazo: ¿merece la pena realizarlo sólo a medias?

Sr. Director: La toxoplasmosis es una enfermedad parasitaria frecuente que generalmente es asintomática. Sin embargo, la infección congénita puede tener consecuencias graves (retraso psicomotor, coriorretinitis, etc.). El riesgo de transmisión materno-fetal aumenta con la edad gestacional, aunque la gravedad de las manifestaciones es máxima si la enfermedad se adquiere en el primer trimestre. La prevalencia estimada en España es de 1,4-2 primoinfecciones/mil gestantes¹. Por ello, en varios países europeos (incluido España) se realiza un cribado sistemático periódico que pretende detectar las seroconversiones en las mujeres embarazadas.

Se trata de una mujer de 35 años que presenta un aborto espontáneo a las 10 semanas de gestación. El embarazo había carecido de incidencias hasta ese momento. La sero-

logía realizada en la 6.^a semana mostraba inmunoglobulina G (IgG) negativa para *Toxoplasma gondii* (TG). No se determinó inmunoglobulina M (IgM).

Dos semanas después del aborto presenta una adenopatía preauricular de 1-1,5 cm y características benignas, sin fiebre ni foco aparente. Se mantiene actitud expectante y el diámetro disminuye progresivamente en 20 días.

Tres meses después del aborto acude por un nuevo embarazo y en la serología del primer trimestre aparece IgG positiva para TG (945 UI/ml [< 512]). Se realiza IgM, que es positiva (1,15 UI/ml [$< 0,65$]). Se determina IgM en la muestra del embarazo previo, que es positiva (títulos no disponibles). En obstetricia se realiza ecografía y amniocentesis, que resultan normales. No se inicia tratamiento antibiótico.

Una causa muy probable del aborto espontáneo y la adenopatía que concurren en este caso es la toxoplasmosis aguda durante el primer trimestre del embarazo. La negatividad de IgG en la serología para TG del primer trimestre no permite descartar este supuesto. La determinación aislada de IgG, que detecta de forma tardía una infección que ya en la fase aguda puede producir malformaciones embrionarias importantes, no parece útil si no se acompaña de IgM, que indica la presencia de la infección aguda.

Otra cuestión a debatir es la falta de evidencia sobre la eficacia de los distintos tratamientos farmacológicos en la reducción de la tasa de infección fetal². En caso de seroconversión durante el embarazo se puede instaurar tratamiento antibiótico precoz o bien ofrecer un aborto terapéutico si se detectan anomalías morfológicas fetales.

Para rentabilizar los tratamientos lo más adecuado sería determinar IgM periódicamente en las mujeres seronegativas. Así se realiza en otros países europeos como Francia, donde la prevalencia de mujeres en edad fértil con IgG positiva para TG es de las más altas de Europa³. Otros países (Reino Unido, Noruega) no realizan ningún cribado por presentar una baja prevalencia y considerar que no existe evidencia suficiente⁴. Pero un cribado con IgG aislada representa, en nuestra opinión, una solución intermedia poco satisfactoria.

C. CIRIA DE PABLO, A. TIRADO ERRÁZQUIN,
S. MOLINA BERMEJO y T. TROYANO RIVAS

Médicos de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud. San Fernando II.

Correspondencia: C. Ciria de Pablo.
C/ Almendros, 3, puerta 7.
28270 Colmenarejo. Madrid.
Correo electrónico: cciria2002@yahoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. González NL, González Lorenzo A. Programas de prevención de la toxoplasmosis congénita. *BSCP Can Ped* 2003(27).
2. Peyron F, Wallon M, Liou C, Garner P. Treatments for toxoplasmosis in pregnancy. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3, 2003.
3. Ancelle T, Goulet V, Tirard-Fleury V, Baril L, Du Mazaubrun C, Thulliez PH, et al. La toxoplasmosis chez la femme enceinte en France en 1995. *Bull Epidemiol Hebd (Paris)* 1996;51:227.
4. Gilbert RE, Peckham CS. Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen? *Journal of Medical Screening* 2002;9:135-41.