



Depresion y embarazo

Jorge Julián Calle Bernal

Psiquiatra

Docente Universidad de Antioquia

Introduccion

El trastorno depresivo mayor y los síntomas depresivos son comunes durante el embarazo. (1) Ambos han sido asociados a complicaciones del embarazo y del parto, además de empeoramiento del pronóstico neonatal. (2) Un estudio encontró bajo peso al nacer (3), mientras otros han encontrado mayor cantidad de embarazos pretérmino. Otros estudios han asociado la depresión prenatal con aumento de la actividad fetal y disminución en el crecimiento intrauterino (4). Además, reportes recientes han encontrado que los antidepresivos durante el embarazo son subutilizados. Cohen y colaboradores demostraron que hasta un 80% de las mujeres pueden presentar una recaída cuando la medicación es suspendida durante el embarazo (5).

Epidemiología

La prevalencia para depresión en población general se ha estimado en un 17% para mujeres, dos veces más que en hombres (6-8), con una mayor frecuencia en el rango de edad entre los 25 y 44 años.

Aproximadamente un 10-16% de las embarazadas cumplen criterios para depresión y hasta 70% reportan síntomas depresivos. (9) Muchos síntomas de depresión se sobreponen con los del embarazo, por lo cual a menudo son pasados por alto.

Debido a la alta prevalencia, es importante que el médico tratante de la paciente obstétrica tenga en cuenta (10):

1. La frecuencia de la depresión en esta población.
2. Los signos y síntomas más comunes, además de tener herramientas para un adecuado tamizaje.
3. Los riesgos de salud tanto para la madre como para el feto en desarrollo, si la depresión no es identificada o tratada.

En un estudio realizado por Marcus y cols. en el 2003, encontró que un 86% de las mujeres embarazadas que reportaban síntomas depresivos significativos no recibían tratamiento (2). Muchas de las pacientes no consultan a salud mental debido al estigma, por lo cual es el obstetra o el médico general quien debe aprovechar la primera consulta para tamizar la posibilidad de una depresión. La mayoría de las pacientes no están de acuerdo con ser remitidas a psiquiatría, por consiguiente es importante que el médico tratante este también familiarizado con los tratamientos antidepressivos más indicados.

Existen múltiples herramientas de tamizaje para depresión durante el embarazo, sin embargo una sospecha clínica y algunas preguntas básicas acerca del estado de ánimo, anhedonia, desesperanza, ideas de muerte, fatigabilidad y trastornos de la alimentación y sueño pueden orientar hacia un diagnóstico y por ende hacia un tratamiento adecuado. Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo mayor están enumerados en la tabla 1.

En el primer contacto los profesionales de la salud pueden hacer las siguientes preguntas: (11)

1. ¿Durante el pasado mes se ha sentido "bajita", deprimida o desesperanzada?
2. ¿Durante el pasado mes ha sentido poco interés o placer por hacer cosas?

Una tercera pregunta se puede hacer si la paciente responde “sí” a las dos anteriores:

3. ¿Hay algo que usted siente que requiere ayuda?

En el estudio realizado por Chochinov y cols. (12), aunque enfocado hacia pacientes terminales, la sola pregunta “¿esta usted deprimido?” tiene una validez importante y casi tan confiable como una prueba de tamizaje.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1- estado de ánimo depresivo o 2- pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- B. Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
 - 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 - 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 - 4. Insomnio o hipersomnias casi cada día
 - 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- D. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- F. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios diagnósticos según DSM-TR para episodio depresivo mayor (13)

Impacto de la depresión en el embarazo

Consecuencias de la depresión durante el embarazo. Los médicos generales y los gineco-obstetras juegan un papel fundamental en la búsqueda de síntomas depresivos entre las mujeres en edad fértil y embarazadas. Las pacientes con diagnóstico de depresión antes del embarazo estarán interesadas en suspender los medicamentos antes de embarazarse; sin embargo, un estudio demostró que el 60% de las mujeres que toman antidepresivos en el momento de la concepción presentaron síntomas depresivos durante el embarazo. (17) De las mujeres que discontinuaron los antidepresivos durante el embarazo, un 68% presentaron reaparición de los síntomas, comparado con un 26% de las mujeres que los continuaron. (5) Se recomienda que una mujer con depresión crónica, con múltiples recaídas e intentos de suicidio, continúe tomando antidepresivos por su propia seguridad independiente de su embarazo. (17)

El embarazo puede exacerbar los trastornos psiquiátricos y complicar el tratamiento. La depresión no identificada o no tratada puede llevar a consecuencias catastróficas tanto sobre la madre como sobre el feto, siendo el suicidio la peor de ellas. Además las pacientes deprimidas tienen mayor probabilidad de participar en actividades poco sanas tales como fumar o abuso de sustancias. Estas mujeres además presentan pobre nutrición que pone en riesgo el crecimiento del feto. Por último las pacientes con depresión presentan mayor frecuencia de dolor, malestar, náuseas, sensación de ahogo, síntomas gastrointestinales, sensación de taquicardia y mareo que las pacientes no deprimidas. Además, se ha visto más preeclampsia, menor circunferencia cefálica, aumento del riesgo de prematurez, aumento de intervenciones quirúrgicas, menor puntaje de Apgar y más admisiones a UCI neonatal. (10) Lo anterior aparentemente relacionado con alteración en el eje neuroendocrino de la madre y el flujo sanguíneo uterino.

Los hijos de madres que sufrieron depresión durante el embarazo tienen niveles elevados de catecolaminas y cortisol al nacer, lloran más y son más difíciles de controlar. Tienen además patrones de sueño más irregulares.

Si la depresión continúa posparto, el riesgo de efectos a largo plazo como menor apego hacia la madre, habilidades cognitivas y lingüísticas retardadas y desarrollo emocional limitado son mayores (14, 15) A medida que los niños crecen, posiblemente asociado a la exposición repetida o a un ambiente estresante, son más susceptibles de presen-

tar una inestabilidad emocional, trastornos de la conducta e intentos suicidas (16)

Tratamiento de la depresión durante el embarazo

Los antidepresivos han sido considerados la piedra angular del tratamiento de la depresión, aunque algunos estudios han demostrado el papel de la terapia interpersonal (TIP) y la terapia cognitiva comportamental (TCC) en depresión leve y moderada, siendo además eficaces como coadyuvantes a los fármacos antidepresivos.

Manejo no farmacológico

Depresión leve desarrollada durante el embarazo o en el período postnatal

- Estrategias de autoayuda, TCC, TIP o ejercicio
- Los fármacos antidepresivos deben ser considerados si hay historia de depresión severa y hay empeoramiento, o si los síntomas no responden al tratamiento psicológico

Depresión moderada e historia de depresión severa

- Terapia psicológica (TCC o TIP)
- Manejo con antidepresivos si la paciente lo solicita
- Combinación de las anteriores

Depresión resistente

- Intentar con otro medicamento, no combinado.
- Si es necesario, llevar a TECAR antes de considerar combinaciones.
- Evitar la estrategia de aumentación con litio

Manejo farmacológico

Existen pocos estándares para el tratamiento de mujeres con depresión durante el embarazo, en parte por las consideraciones éticas de realizar estudios farmacológicos durante la gestación. La mayoría de las mujeres no buscan ayuda, pero cuando lo hacen, los médicos tratantes a menudo no tienen seguridad en cuanto a los antidepresivos a manejar.

Aunque no se han asociado malformaciones mayores con los antidepresivos, ninguno ha demostrado ser totalmente seguro, pues todas las medicaciones psicotrópicas cruzan la barrera placentaria. Las guías parten de unos principios claros y sencillos:

1. Mantenga un régimen farmacológico simple
2. Use monoterapia
3. Evite cambios farmacológicos durante el embarazo

Aunque muchos factores influyen sobre la escogencia de una terapia farmacológica durante el embarazo, deben tenerse en cuenta medicamentos con menos metabolitos, las interacciones medicamentosas, historia de respuesta farmacológica, mayor unión a proteínas (evita el paso a la placenta) y el menor riesgo teratogénico. (17, 18)

Clasificación de los fármacos durante el embarazo según la FDA

- Categoría A: estudios adecuados y bien controlados no demostraron un riesgo para el feto durante el primer trimestre del embarazo (sin evidencia de riesgo en los trimestres posteriores).
- Categoría B: estudios de reproducción animal no demostraron riesgos para el feto; no existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. O cuando los estudios en animales mostraron efectos adversos que no han sido confirmados en estudios controlados en embarazadas durante el primer trimestre.
- Categoría C: los estudios de reproducción animal mostraron efectos adversos en el feto; no se han hecho estudios adecuados y bien controlados en seres humanos pero pueden existir efectos beneficiosos en las embarazadas, a pesar del riesgo potencial.
- Categoría D: existe evidencia positiva de riesgo fetal humano basada en los datos sobre reacciones adversas surgidas de la investigación y experiencia de comercialización o estudios en seres humanos, pero sus beneficios potenciales pueden admitir su uso durante el embarazo.
- Categoría X: estudios en animales o seres humanos han demostrado anomalías fetales; los riesgos superan a los potenciales beneficios.

Agentes psicotrópicos y categorías de embarazo según la FDA

	A	B	C	D	X
Hipnóticos		Zolpidem (liberación inmediata)	Zolpidem (liberación controlada) Zopiclona Eszopiclona Hidrato de cloral		
Ansiolíticos		Buspirona		Lorazepam Alprazolam Diazepam Clordiazepóxido Clonazepam	Triazolam
Beta-bloqueantes		Propranolol		.	.
Antipsicóticos típicos	.		Haloperidol Trifluoperazina Clorpromazina	.	.
Antipsicóticos atípicos		Clozapina	Risperidona Quetiapina Olanzapina Aripiprazol Ziprasidona	.	.
Estabilizadores del humor antimaníacos	.		Lamotrigina	Litio Valproato Carbamazepina	.
Antidepresivos tricíclicos	.		Amitriptilina Clomipramina	Imipramina	.
Inhibidores de la monoaminoxidasa	.		Isocarboxazida Fenelzina Tranilcipromina Moclobemida	.	.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	.		Citalopram Escitalopram Fluoxetina Fluvoxamina Sertralina	Paroxetina	.
Otros antidepresivos		Bupropion	Duloxetina Nefazodona Trazodona Venlafaxina Mirtazapina	.	.

Recomendaciones en cuanto al uso de antidepresivos durante el embarazo

Los riesgos de tomar antidepresivos tricíclicos (ADT) están mejor documentados que con otros medicamentos, aunque es necesario tener en cuenta la tolerancia y los efectos secundarios. La mayoría pasan la leche materna, aunque sus efectos sobre el neonato son poco conocidos.

1. Si una mujer está tomando paroxetina y está planeando embarazarse, o tiene un embarazo no planeado, debe suspender la medicación.
2. Para escoger un antidepresivo debe tenerse en cuenta:
 - a. Los ADT tales como la amitriptilina, imipramina y nortriptilina tienen menores riesgos que otros antidepresivos
 - b. La mayoría de los ADT tienen un índice de letalidad mayor que los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)
 - c. La fluoxetina es la que menos riesgo tiene entre los ISRS
 - d. La imipramina, nortriptilina y sertralina se encuentran en leche materna en niveles muy bajos
 - e. La fluoxetina y el citalopram se encuentran en la leche materna en niveles mayores
 - f. Los ISRS después de la semana 20 pueden asociarse a hipertensión pulmonar en el neonato
 - g. La paroxetina tomada en el primer trimestre se ha asociado a defectos cardíacos
 - h. La venlafaxina puede asociarse en dosis mayores a presión arterial alta, y tiene mayor toxicidad que los ISRS además de una mayor dificultad para discontinuar
 - i. Todos los antidepresivos tienen riesgo de abstinencia y toxicidad neonatal; la mayoría de las veces los efectos son leves y autolimitados

Terapia electroconvulsiva bajo anestesia y relajación (TECAR)

Debe considerarse en:

1. Depresión severa
2. Estados mixtos severos
3. Manía o catatonía, cuando se considera que el feto o la paciente se encuentran en alto riesgo

No existe evidencia que su riesgo durante el embarazo sea mayor que en la población general. No hay evidencia de daño al feto a al neonato. (19)

Se puede continuar la lactancia.

Debe ser usado con precaución en:

- APP
- Incompetencia cervical
- Embarazo múltiple
- Hidramnios
- Pre eclampsia
- Diabetes gestacional
- Enfermedad renal
- Isoinmunización Rh
- Enfermedad cardíaca materna

Recomendaciones antes de la TECAR

- Examen completo físico y pélvico.
- Monitoreo fetal cuando la edad gestacional sea mayor a 10 semanas.
- Intubación por el riesgo de bronco aspiración.
- Descontinuar las medicaciones anti-colinérgicas que no sean necesarias.
- Chequear las contracciones antes del TECAR.
- Hidratación intravenosa con solución salina o lactato de ringer.
- Dar 30ml de citrato de sodio 15 a 20 minutos antes para minimizar el riesgo de neumonitis secundaria a reflujo y a bronco aspiración.

- Disminuir el riesgo de aspiración aplicando presión en el cartílago cricoides mientras el paciente se anestesiado.

Lactancia

Las mujeres con historia de depresión mayor tienen 25 – 50% de probabilidades de hacer un cuadro depresivo posparto. Ya que muchas mujeres que requieren tratamiento con antidepresivos pueden desear amamantar a sus hijos, algunos estudios han identificado los medicamentos que pueden ser utilizados con mayor seguridad. La mayoría de los antidepresivos son secretados por leche materna, aunque en concentraciones muy bajas. Los medicamentos más estudiados son la paroxetina, sertralina, fluoxetina, clorimipramina y la nortriptilina.

Cuando se utiliza cualquier psicotrópico, el niño debe ser monitoreado diariamente por la madre buscando cambios en el sueño, cambios en el tono muscular, temblor, irritabilidad, patrones de alimentación y comportamiento. La madre debe informar al médico cualquier cambio. Si la madre recibió antidepresivos durante el último semestre puede corresponder a una toxicidad serotoninérgica y no a una abstinencia.

Referencias Bibliográficas

1. Marcus SM, Flynn HA. Depression, antidepressant medication, and functioning outcomes among pregnant women *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (2008) 100, 248–251
2. Marcus SM, Flynn HA, Blow F, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Women's Health (Larchmt)* 2003;12:373–80
3. Kelly RH, Russo J, Holt VL, Danielsen BH, Zatzick DF, Walter E, et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2002;100: 297–304
4. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev* 2006;29: 445–55

5. Cohen LS, Altschuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006;295:499–507
6. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8–19
7. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, et al. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *J Affect Disord* 1997;45:19
8. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995;269:799
9. Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:269–74
10. Muzik M, Marcus SM, Heringhausen JE, Flynn H. When Depresión Complicates Childbearing: Guidelines for Screening and Treatment During Antenatal and Postpartum Obstetric Care *Obstet Gynecol Clin N Am* 36 (2009) 771–78
11. NICE clinical guideline 45. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. February 2007. www.nice.org.uk/CG045
12. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M and Lander S. "Are You Depressed?" Screening for Depression in the Terminally Ill *Am J Psychiatry* 1997; 154:674–676
13. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Breviario. Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.
14. Coghill SR, Caplan HL, Alexandra H, et al. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J* 1986; 292:1165
15. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, et al. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient

to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol* 2007;19:585

16. Lyons-Ruth K, Wolfe R, Lyubchik A. Depression and the parenting of young children: making the case for early preventive mental health services. *Harv Rev Psychiatry* 2000;8:148
17. Gonsalves L, Schuermeyer I. Treating depression in pregnancy: practical suggestions. *Cleve Clin J Med* 2006;73:1098)
18. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;111(4):1001–20
19. Rabheru K. The use of electroconvulsive therapy in special patient populations. *Can J Psychiatry* 2001;46:710–9
20. Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller HJ & WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2007; 8(2): 67_104