

3.1

DEPRESIÓN Y EMBARAZO

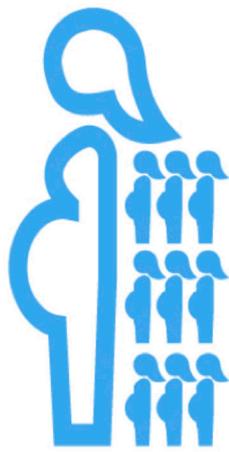
Dra. Natalia Sofía Aguirre Martínez
Ginecóloga y Obstetra
Universidad de Antioquia

Contrario a las creencias populares, el embarazo no protege contra la depresión mayor ni contra otros trastornos mentales. **Se calcula que entre 14 y 23 % de las mujeres presentará un trastorno depresivo durante el embarazo, una condición que puede ser grave y amenazar la vida;** cerca de un cuarto de las mujeres que murieron en el Reino Unido, entre las seis semanas y un año posparto, lo hicieron por causas relacionadas con enfermedad mental. Además, las demandas personales y sociales del embarazo y de la maternidad podrían acarrear un riesgo adicional en aquellas mujeres con enfermedades preexistentes.



El suicidio es la quinta causa de muerte en mujeres estadounidenses en el periodo perinatal; en el Reino Unido se calcula una tasa de 2.3 muertes por suicidio durante el embarazo o hasta un año posparto por cada 100000 nacimientos; 1 de cada 7 mujeres murieron por suicidio. En Colombia en el año 2005, se informó como cuarta causa de muerte relacionada con el embarazo.

El antecedente de trastorno mental, sobretudo la depresión, se considera el principal factor de riesgo para suicidio. La depresión mayor está entre los predictores más fuertes de la ideación suicida; cerca de un tercio de las mujeres que la tenían, reportaron ideación suicida al momento de ser evaluadas. Este factor de riesgo es altamente prevalente en países con ingresos bajos y medios, como el nuestro.



1 de cada 10 mujeres embarazadas tienen un problema de salud mental

A pesar de ser una complicación médica frecuente durante el embarazo, la depresión continúa siendo un desorden poco diagnosticado y tratado de forma subóptima durante el cuidado prenatal, con secuelas potenciales que persisten más allá del período perinatal. La depresión durante el embarazo se asocia, por ejemplo, con mayor riesgo de parto pretérmino y con retraso en el inicio de la lactancia y disminución de su duración. Además, se han reportado mayores comorbilidades médicas en las mujeres deprimidas. Solo el 20 % de las mujeres embarazadas con depresión reciben un tratamiento adecuado.

Se ha encontrado evidencia fuerte (en revisiones sistemáticas) de que la historia de trastorno mental, los eventos vitales negativos, el bajo nivel socioeconómico y la violencia doméstica se comportan como factores de riesgo para la depresión antenatal. En la guía colombiana para la atención de las gestantes se propone indagar a la mujer embarazada en el último aspecto con preguntas básicas como: ¿durante el último año o desde que está embarazada ha sido golpeada, bofeteada, pateada, lastimada físicamente de otra manera o forzada a tener relaciones sexuales? En caso de obtener una respuesta positiva, se debería reportar el caso y orientar a la gestante.

El cuestionario de tamización más comúnmente usado para la detección

de la depresión en el embarazo es la EPDS, por sus siglas en inglés (Edinburgh Postnatal Depression Scale), que incluye 10 ítems. Sin embargo, NICE y la guía colombiana coinciden en recomendar la herramienta estandarizada que consta de dos preguntas: “¿durante el último mes se ha sentido molesta con frecuencia por estar triste, deprimida, desesperada o sin esperanza? y ¿durante el último mes ha estado preocupada por tener poco interés o no sentir placer al hacer las cosas cotidianas?”

La evaluación de la salud mental siempre debe incluir una revisión de los antecedentes de las mujeres, teniendo en cuenta la reciente aparición de patrones de comportamiento anormales. Se debe evaluar el riesgo de depresión al inicio del control prenatal, en el tercer trimestre del embarazo y en el puerperio. Una tercera pregunta que se puede considerar es si la gestante siente que necesita ayuda. Si se sospecha una enfermedad mental grave, se debe garantizar la atención en un servicio especializado y un equipo multidisciplinario.

Se debe considerar el inicio de medicación antidepresiva en aquellas pacientes con antecedentes graves o con síntomas moderados a severos o recurrentes, mientras se espera la atención por el especialista en salud mental. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI) como la

fluoxetina, excepto la paroxetina, son una primera opción razonable. En pacientes con historia de depresión mayor severa recurrente, psicosis, TAB o intentos de suicidio no se debe discontinuar la farmacoterapia. La psicoterapia también es una herramienta útil en el manejo de estas mujeres.

Se han propuesto algunos signos de gravedad como “**banderas rojas**” en la depresión relacionada con el embarazo. Aquellas mujeres que relaten pensamientos nuevos de autoagresión, síntomas mentales de aparición súbita o empeoramiento rápido, aparición de nuevos síntomas, sentimientos persistentes de desapego o extrañeza hacia el bebé o de incompetencia como madre, deben ser remitidas de manera urgente.

Se recomienda el manejo intrahospitalario para aquellas pacientes con cambios bruscos en el estado mental, progresión rápida de los síntomas, ideación suicida, rechazo hacia el bebé, actos de autoagresión, psicosis o resistencia al tratamiento.

Se estima que la mitad de las personas que tienen un episodio de depresión, presentarán al menos otro episodio; pero el tratamiento puede reducir significativamente este riesgo de recurrencia, más aún si se realiza terapia continua combinada, psicológica y farmacológica, llevándolo alrededor del 20%. **Con un adecuado tratamiento, además de disminuir la recurrencia y la morbilidad asociada, podría impactarse positivamente la mortalidad por suicidio relacionada con el embarazo.**



Bibliografía

1. Vigod S., Brown S., Wilson C., Howard L. Depression in pregnancy. Clinical review. *BMJ* 2016;352:i1547 doi: 10.1136/bmj.i1547 (Published 24 March 2016)
2. Yonkers K., Wisner K., Stewart D., Oberlander T., Dell D., Stotland N., Ramin S., Chaudron L., Lockwood C. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General Hospital Psychiatry* 31 (2009) 403 – 413
3. Grigoriadis S., VonderPorten E., Mamisashvili L., Tomlinson G., Dennis C., Koren G., Steiner M., Mousmanis P., Cheung A., Radford K., Martinovic J., Ross L. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta - analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74(4):e321 – e341
4. Melville J., Gavin A., Guo Y., Fan M., Katon W. Depressive disorders during pregnancy prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol* 2010;116:1064 – 70
5. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013 Guías No. 11 - 15
5. Fuhr D., Calvert C., Ronsmans C., Chandra P., Sikander S., De Silva M., Patel V. Contribution of suicide and injuries to pregnancy - related mortality in low - income and middle - income countries: a systematic review and meta - analysis. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 213 – 25
6. Knight M., Tuffnell D., Kenyon S., Shakespeare J., Gray R., Kurinczuk JJ. On behalf of MBRRACE - UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care - Surveillance of maternal deaths in the UK 2011 - 13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009 - 13. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2015
7. Protocolo de vigilancia y control de mortalidad materna. Proceso R - 02 vigilancia y control en salud pública: Instituto Nacional de Salud. Equipo funcional de maternidad segura; 2011 [Internet. 1-35]. Available from: <http://www.ipsunipamplona.com/es/images/notas/PDF/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>
8. Fino Sandoval DE. Mortalidad relacionada con el embarazo Colombia 1985 - 2005: Orinoquía, Amazonía y Chocó. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007