

## Depresión en el embarazo, lo que debemos saber como médicos de APS

**Autor:** Dra. Claudia Yáñez G. Residente Medicina Familiar UC

**Editor:** Dra. Loreto González. Docente Departamento Medicina Familiar UC

**1 de Diciembre, 2020**

### Resumen de Portada

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) durante el embarazo es una patología altamente frecuente y con riesgos a corto y largo plazo tanto para la madre como para el embarazo en sí y posterior desarrollo del niño o niña. En este artículo revisaremos la evidencia disponible y recomendaciones respecto a su enfrentamiento en Atención Primaria de Salud (APS).

**Palabras clave:** Depresión perinatal, Psicoterapia, Depresión posparto, Medicina Familiar, APS.

### Introducción

El TDM en el embarazo es una patología altamente frecuente, se describe una prevalencia de un 7% a nivel mundial<sup>1,2</sup> y un 10% en nuestro país<sup>3</sup>, pudiendo estar presente desde antes o iniciarse durante la gestación. Se han descrito múltiples factores de riesgo (FR) para desarrollar esta enfermedad (Tabla 1)<sup>2</sup>, sin embargo la ausencia de factores identificables no descarta la posibilidad de presentarla.

Tabla 1: Factores de riesgo asociados a TDM durante el embarazo

Factor	OR
Historia personal de Depresión	29
Miedo al Parto	3,8
Consumo de Tabaco	3,25
Madre adolescente	3,14
Violencia doméstica	3.1
Ausencia de pareja	2,86
Ansiedad materna	2,7
Nivel socioeconómico bajo	2,59
Diabetes gestacional	2,29

La importancia de su diagnóstico y manejo radica en que se asocia con múltiples efectos negativos a corto y largo plazo, tanto para la madre como para el embarazo y el desarrollo posterior del niño o niña (Tabla 2)<sup>1,4,5</sup> Varias guías clínicas recomiendan realizar screening a todas las embarazadas con preguntas enfocadas a síntomas del ánimo<sup>7</sup> o por medio de un instrumento validado<sup>4,8</sup>, como la Escala de Edimburgo. Su sensibilidad y Especificidad en Chile son del 72 y 96% respectivamente<sup>3</sup>. Si este screening resulta positivo, será necesaria una completa evaluación médica para confirmar la patología y descartar signos de alarma que requieran manejo urgente.

Tabla 2: Efectos adversos asociados a TDM en el embarazo

En la Madre	Embarazo y período neonatal	Desarrollo del niño o niña
Abandono de controles prenatales	Aborto espontáneo	Funcionamiento neuroconductual deficiente de RN
Deterioro del autocuidado	Hemorragia	Alteración del sueño de RN
Mala adherencia a indicaciones	Parto Quirúrgico	Temperamento difícil y llanto excesivo del RN
Abuso de sustancias	Parto Prematuro	Síndrome de muerte súbita del lactante
Precursor de Depresión Recurrente	Menor Lactancia Materna	Peor salud física
		Cambios en la estructura y funcionamiento del Cerebro
		Deficiencia en el funcionamiento cognitivo general
		Retraso en la adquisición del Lenguaje
		Ansiedad y Depresión
		Problemas de conducta

### Evaluación y diagnóstico diferencial

El manual DSM V denomina “Trastorno Depresivo Mayor con inicio en el periparto” a aquel episodio cuyos síntomas se inician en el embarazo o en las 4 semanas posteriores al parto<sup>6</sup> (algunos autores lo extienden hasta el año posparto), ya que el 50% de los episodios de TDM posparto comienzan en realidad antes del parto<sup>1</sup>. Los criterios necesarios para hacer el diagnóstico son los mismos que se utilizan para TDM en otras poblaciones<sup>6</sup>, debiendo descartarse causas médicas, como anemia, hipotiroidismo y diabetes, además del uso de sustancias, como causa de los síntomas.

Es importante destacar la existencia de dos cuadros especialmente relevantes en el período posnatal inmediato que deben diferenciarse de la depresión peri parto: la Disforia post parto y la psicosis post parto (Tabla 3). El primero corresponde al llamado “Baby Blues”, el cual puede estar presente en hasta el 80% de las púerperas, pero no produce disfunción severa y se resuelve en forma espontánea; el segundo cuadro, si bien es mucho menos frecuente (0,1-0,2%) se asocia a disfunción severa y corresponde a una emergencia psiquiátrica<sup>2,4</sup>.

Tabla 3: Diagnóstico Diferencial

Características	Baby Blues	Psicosis Posparto	Depresión Periparto
<b>Duración</b>	< 10 días	Variable	≥ 2 semanas
<b>Inicio</b>	2-3 días postparto	Primeras dos semanas	Primer mes
<b>Prevalencia</b>	80 %	0,1-0,2 %	14 %
<b>Severidad</b>	Disfunción leve	Disfunción severa	Disfunción moderada a severa
<b>Características</b>	Ideación suicida ausente. No requiere tratamiento	Delirios y alucinaciones. Rápida evolución. Emergencia psiquiátrica	Puede haber ideación suicida

### Intervenciones preventivas

En cuanto al manejo, se ha estudiado el beneficio de realizar intervenciones no sólo en las pacientes diagnosticadas sino también en aquellas que presentan alto riesgo de enfermar. Una RS evaluó el efecto de realizar consejerías a mujeres embarazadas y puérperas que presentaran uno o más FR para Depresión perinatal, concluyendo que estas intervenciones probablemente se asocian a una menor probabilidad de aparición de Depresión (RR 0,61; IC 95% 0,47-0,78)<sup>9</sup>. De acuerdo con esto, la U.S. Preventive Service Task Force (USTUSF) recomienda realizar estas intervenciones en mujeres aún no diagnosticadas, pero de alto riesgo, con grado de recomendación moderada.<sup>10</sup> Por otro lado, hay evidencia insuficiente para recomendar el uso de fármacos en la prevención de Depresión periparto.<sup>12,13</sup>

### Tratamiento no farmacológico

La psicoterapia es considerada de primera línea para cuadros leves a moderados<sup>1,2</sup>. Con respecto al tipo de psicoterapia a utilizar, una RS comparó Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con otras psicoterapias para adultos con depresión grave, encontrándose que probablemente no hay diferencia significativa en remisión sintomática entre las distintas modalidades (OR 1,02; IC 95% 0,80 a 1,31)<sup>14</sup>. La Guía Perinatal de MINSAL sugiere, con grado de recomendación moderada, no priorizar la TCC o Terapia Interpersonal sobre las otras corrientes psicoterapéuticas<sup>4</sup>.

En cuanto a otras terapias no farmacológicas, se recomienda realizar ejercicio aeróbico a todas las embarazadas que no tengan contraindicación, pero la evidencia es contradictoria para acupuntura, masaje, terapia de luz brillante y ácidos grasos omega 3<sup>1,2,15</sup>.

### Tratamiento farmacológico

La indicación de fármacos puede representar un desafío para el médico de APS, ya que la exposición embrionaria y fetal se ha asociado a riesgo de múltiples efectos adversos, entre ellos malformaciones

estructurales mayores y menores durante el primer trimestre, toxicidad neonatal y síndrome de abstinencia durante el tercer trimestre<sup>1,16</sup>. En escala de riesgo de teratogenicidad, el Ácido Valproico ha sido asociado a mayor riesgo respecto a otros psicofármacos, mientras que los Antidepresivos en general se han asociado con el menor riesgo<sup>1</sup>. Las Guías Clínicas recomiendan que se deben considerar los riesgos y beneficios, discutirlos con las pacientes e indicarlos en forma individualizada, sin embargo concuerdan en que los beneficios de los antidepresivos superan los potenciales riesgos<sup>17,18,19</sup>.

Respecto a qué antidepresivo elegir según eficacia, hay pocos estudios de buena calidad que hayan sido realizados en embarazadas; una RS comparó la eficacia de distintos antidepresivos en comparación a placebo u otro tratamiento en pacientes con depresión posparto, observándose mayor respuesta y remisión de síntomas con uso de antidepresivos, pero con baja calidad de la evidencia. Uno de los estudios de la RS, que comparó Sertralina con Nortriptilina no encontró diferencia significativa en el manejo de síntomas. Por otro lado, observó frecuentes efectos adversos de tipo leve en las madres, entre ellos disminución del apetito, diarrea y mareos, sin diferencias significativas entre los distintos fármacos<sup>20</sup>.

Otra RS evaluó la exposición prenatal a antidepresivos y su asociación a malformaciones, encontrándose que el uso de antidepresivos podría no estar asociado con incremento en el riesgo de malformaciones congénitas en general (RR 0,93 IC 95% 0,85-1,02) ni malformaciones mayores (RR 1,07 IC 95% 0,99-1,17); el uso de antidepresivos podría asociarse a mayor riesgo de malformaciones cardiovasculares (RR 1,36 IC 95% 1,08-1,71) y en especial paroxetina (RR 1,43 IC 95% 1,08-1,71). Sin embargo, los autores concluyen que la significancia estadística no fue asociada con significancia clínica, por lo cual los médicos debieran considerar los riesgos y beneficios de tratar v/s no tratar<sup>21</sup>.

Aunque no hay evidencia sustancial que apoye el uso de un Antidepresivo sobre otro, las Guías clínicas y expertos recomiendan como primera línea ISRS y específicamente Sertralina, tanto en embarazo como en lactancia. Así también se recomienda como principio general, si es posible evitar el uso de Fármacos en el primer trimestre, y por medio de toma de decisiones compartidas junto a la paciente, decidir la mejor alternativa en base a la mejor evidencia disponible.

## **Conclusiones:**

- La Depresión Perinatal es una patología altamente prevalente y debe investigarse en toda mujer embarazada, idealmente mediante un método de screening validado como la Escala de Edimburgo.
- La importancia de reconocer y tratar esta patología radica en los posibles efectos adversos en la madre, el embarazo y resultados neonatales, y desarrollo del niño o niña.
- El mayor factor de riesgo para desarrollar Depresión Perinatal es el antecedente previo de Depresión, pero la ausencia de este u otro factor no descarta su desarrollo.
- Se recomienda terapia psicológica como primera línea en pacientes con cuadro leve-moderado.
- Dentro del tratamiento farmacológico la primera línea son los ISRS y dentro de ellos como primera opción Sertralina.
- Según la evidencia disponible, el uso de antidepresivos podría no asociarse a mayor riesgo de malformaciones congénitas en general y mayores, sin embargo paroxetina podría asociarse a mayor riesgo de malformaciones cardíacas.
- Al momento de elegir un tratamiento, se recomienda la toma de decisiones compartidas junto a cada paciente y en base a la mejor evidencia disponible.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1) Grigoriadis S. Depresión mayor unipolar durante el embarazo: epidemiología, características clínicas, evaluación y diagnóstico. UpToDate, 2019.
- 2) Langan R. and Goodbred A., Identification and Management of Peripartum Depression. American Family Physician. 2016
- 3) Jadresic E. Depresión Perinatal: detección y tratamiento. Rev Med Clín Condes, 2014.
- 4) Guía Perinatal, MINSAL, 2015.
- 5) Gentile S. Untreated Depression during Pregnancy: Short and Long-Term effects in offsprings. A systematic Review
- 6) Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Association. 2013
- 7) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE, 2020
- 8) Screening for Perinatal Depression. ACOG, 2018
- 9) O'Connor E, Senger CA, Henninger M, et al. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019
- 10) USPSTF, Interventions to Prevent Perinatal Depression: Recommendation Statement. American Family Physician, 2019.
- 11) Molyneaux E., Teleia L., Henshaw C., Boath E., Bradley E., Howard L., Antidepressants for preventing postnatal depression. Cochrane Databases of Systematic Review, 2018
- 12) Dennis C., Ross L., Herxheimer A., Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression. Cochrane Databases of Systematic Review, 2008
- 13) Miller B., Murray L., Beckmann M., Kent T., Macfarlane B., Dietary supplements for preventing postnatal depression. Cochrane Databases of Systematic Review, 2013.
- 14) Braun SR, Gregor B, Tran US. Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. *PLoS ONE* 8(6):e68135. 2013
- 15) Dennis C and Dowswell T. Intervenciones (aparte de las farmacológicas, psicosociales o psicológicas) para el tratamiento de la depresión prenatal. Cochrane, 2013
- 16) Uso de medicamentos psiquiátricos durante el embarazo y la lactancia. Boletín de práctica de la ACOG: pautas de manejo clínico para obstetras y ginecólogos número 92, abril de 2008
- 17) Guía GES: Depresión en personas de 15 años y más, Minsal. 2013
- 18) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE, 2020
- 19) Guidelines for pregnant women and antidepressants. ACOG. 2018
- 20) Molyneaux E, Howard LM, McGeown HR, Karia AM, Trevillion K. Antidepressant treatment for postnatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014
- 21) Grigoriadis F.,J. Vonderporten E., Mamisashvili L., Roerecke M., Antidepressant exposure during pregnancy and Congenital Malformations: Is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *J Clin Psychiatry*, 2013