



Artículo de revisión

Depresión en el embarazo

Jhon Freddy Martínez-Paredes^a y Nathalia Jácome-Pérez^{b,c,*}^a Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia^b Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia^c Editor Revista Médicas UIS, Bucaramanga, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de abril de 2016

Aceptado el 10 de julio de 2017

Palabras clave:

Depresión mayor unipolar

Depresión en el embarazo

Depresión perinatal

Embarazo

RESUMEN

Introducción: La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y llega a afectar a más del 13% de las gestantes. Su diagnóstico se basa en los criterios establecidos por el DSM-V y la aplicación de escalas validadas como la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo; sin embargo, entre los profesionales de la salud aún existen errores y falencias en el reconocimiento, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo, lo que propicia las diferentes consecuencias y repercusiones para la gestación misma o el feto.

Objetivo: Presentar una revisión de tema acerca de la depresión en el embarazo, sus factores de riesgo, las características clínicas, las complicaciones y el tratamiento.

Métodos: Se utilizaron las bases de datos PubMed y LILACS para la búsqueda de manuscritos; de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión.

Resultados: En Sudamérica se registra una prevalencia de aproximadamente el 29%. Los factores de riesgo con mayor significación son el abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. Por ello, el diagnóstico temprano favorece la disminución en las conductas de riesgo, los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos.

Conclusiones: La depresión en el embarazo es una afección frecuente; no obstante, se presenta subregistro por la atribución de los síntomas a la gestación misma. Se recomienda el uso de antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, que no se ha relacionado con teratogenicidad, además de la implementación de tratamiento no farmacológico como psicoterapia, *mindfulness* y ejercicio aeróbico. La sensibilización del personal de salud permitirá el diagnóstico y el tratamiento adecuados de esta enfermedad.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: njpdra@hotmail.com (N. Jácome-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.07.003>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Depression in Pregnancy

A B S T R A C T

Keywords:

Unipolar major depression
Depression in pregnancy
Perinatal depression
Pregnancy

Introduction: Depression is the most common psychiatric morbidity in pregnancy, affecting more than 13% of pregnant women. Its diagnosis is based on the criteria established by the DSM-5 and the application of validated scales such as the Edinburgh Postnatal Depression Scale. However, there are still errors and shortcomings among healthcare professionals in the recognition, diagnosis and treatment of depression during pregnancy, with the resulting consequences and repercussions on the gestation itself or the foetus.

Objective: To present a review of depression in pregnancy, its risk factors, clinical characteristics, complications and treatment.

Methods: The PubMed and LILACS databases were used to search for manuscripts. Of the 223 articles found, 55 fulfilled the inclusion criteria.

Results: The prevalence of depression in pregnancy in South America is approximately 29% and the most significant risk factors are sexual abuse, pregnancy at an early age and intrafamily violence. Therefore, early diagnosis favours a reduction in risk behaviour, foetal neurodevelopmental disorders and obstetric outcomes.

Conclusions: Depression in pregnancy is common condition but is underreported as its symptoms are often attributed to the pregnancy itself. The use of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants, particularly fluoxetine, which has not been associated with teratogenicity, is recommended, in addition to the implementation of non-pharmacological treatment such as psychotherapy, mindfulness and aerobic exercise. Educating healthcare professionals will facilitate the correct diagnosis and treatment of this condition.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se reconoce que el embarazo es un periodo de grandes cambios tanto para la gestante como para su familia¹. Se ha señalado que el embarazo es un estado de adecuada salud mental y emocional, y se lo ha propuesto como factor protector contra las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, para algunas mujeres el periodo del embarazo puede incrementar la vulnerabilidad a enfermedades psiquiátricas como la depresión. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o las recaídas en una depresión preexistente^{2,3}.

La depresión antenatal afecta a un 8-11% de las mujeres en los países desarrollados⁴, mientras que la depresión general durante el embarazo alcanza el 13%⁵, y es la segunda causa de incapacidad de las mujeres^{6,7}. La proporción de mujeres embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas⁸. Algunos estudios han demostrado que la ansiedad y la depresión en el embarazo aumentan el riesgo de trabajo de parto pretérmino, neurodesarrollo fetal alterado, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer⁹; además, se ha evidenciado el aumento en las tasas de abuso de sustancias y escasa participación en programas de control prenatal durante el embarazo^{10,11}.

A pesar del riesgo de la paciente gestante de sufrir alteraciones de su salud mental, entre los profesionales en salud aún se producen errores y falencias en el reconocimiento,

el diagnóstico y el tratamiento de la depresión durante el embarazo. Dados los posibles efectos teratogénicos de muchos fármacos usados para trastornos psiquiátricos, es importante conocer y prescribir herramientas seguras para el tratamiento de la depresión durante la atención médica¹. El objetivo de esta revisión es realizar un abordaje integral de la depresión en el embarazo para un diagnóstico temprano y el adecuado tratamiento clínico.

Métodos

Se realizó una búsqueda de la literatura referente a depresión en el embarazo mediante la consulta de las bases de datos PubMed y LILACS, utilizando como palabras clave "Depression AND Pregnancy" y "Unipolar major depression AND pregnant women". Los criterios de inclusión fueron estudios realizados en humanos, metanálisis, artículos originales y revisiones sistemáticas, en idioma inglés y español, y palabras clave en el título. Los criterios de exclusión fueron artículos que no estuvieran disponibles en su versión final y conclusiones no relacionadas con las palabras clave. Se obtuvo un total de 223 artículos, de los cuales se excluyeron 168 porque no cumplían los criterios de inclusión o habían ingresado y cumplían los criterios de exclusión. Finalmente se seleccionaron 55 publicaciones evaluadas por 2 autores independientemente y luego mediante confrontación. Se analizaron variables como etiología, tratamiento y complicaciones, cuyos análisis y discusión se presentan en el manuscrito.

Epidemiología

La depresión es la segunda causa de incapacidad de las mujeres y la morbilidad más común en la gestación. Un metanálisis realizado por Bennet et al.⁷ encontró que los síntomas depresivos se presentaron en mayor proporción en el segundo (13%) y el tercer trimestre del embarazo (12%), comparado con el primer trimestre, en el que solo el 7% de la población estudiada presentó los síntomas. En Colombia, según un estudio realizado por Borda et al., la prevalencia de depresión durante el embarazo es de alrededor del 19%; sin embargo, en un estudio realizado por Bonilla-Sepúlveda con madres adolescentes en una ciudad del país, se encontró una mayor prevalencia de la enfermedad, de hasta el 32,8%^{12,13}. En contraste, se registra una prevalencia del 40,1% en Perú, del 30,7% en México y un 29% en Sudamérica, lo que confirma la importancia de atender a este trastorno tanto en el país como en el mundo^{14,15}. Cabe resaltar que estos estudios se obtuvieron de gestantes con bajo riesgo en el embarazo que no habían consultado por síntomas depresivos.

Sin embargo, los datos publicados no son totalmente confiables debido a que solo una pequeña parte de las gestantes logran un diagnóstico completo, puesto que los síntomas de la enfermedad como cambios del apetito, hábito del sueño y cansancio se atribuyen normalmente al embarazo y se ignora la posibilidad de un episodio depresivo^{16,17}.

Factores de riesgo

Aún sigue siendo desconocida la causa de que para algunas mujeres el estado de embarazo no sea protector contra los trastornos del estado de ánimo, como la depresión. No obstante, se debe recordar que la depresión es una afección con etiología multifactorial, por lo que se debe incluir los cambios hormonales y neuroendocrinos de esta etapa, además de los cambios psicosociales y ambientales. Conocer los diferentes factores de riesgo de esta enfermedad permitirá optimizar las diferentes estrategias de prevención y tratamiento en la atención a la salud⁷.

En muchos casos, se cree erróneamente que durante el embarazo la gestante no sufre eventos estresores o situaciones que la lleven a poner en riesgo su salud mental o, por el contrario, se considera que estos estresores no tienen efecto en el desarrollo del feto, por lo que el control prenatal se dirige a la prevención de complicaciones fetales, y se descuida el estado emocional de la madre. Según lo encontrado en un análisis de la Universidad de Washington por Woods et al., de un total de 1.522 pacientes evaluadas en estado de embarazo, el 78% refirió algún nivel de estrés y el 6%, un nivel elevado¹⁸.

Los factores de riesgo de depresión en el embarazo se pueden clasificar en biológicos o psicosociales y abarcan desde el antecedente de depresión y trastorno disfórico premenstrual hasta historia de abuso sexual, edad temprana al embarazo, escaso apoyo social, consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar¹⁹. Lancaster et al., a través de una revisión sistemática de 57 estudios (luego de un análisis de 1.361 artículos previamente seleccionados), establecieron como factor de riesgo con evidencia firme el estrés diario,

Tabla 1 – Diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM-V

A	Durante un periodo de al menos 2 semanas, se presentan 5 (o más) de los siguientes síntomas y al menos 1 de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer
1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2	Disminución del interés o el placer por las actividades
3	Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso
4	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6	Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días
7	Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
8	Disminución en la capacidad de concentrarse o tomar decisiones
9	Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intentos de suicidio o plan estructurado para llevarlo a cabo
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
C	No se puede atribuir el episodio a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

Fuente: American Psychiatric Association (2013).

en el que se incluyen situaciones adversas de la vida, la falta de apoyo social o redes de apoyo débiles y la violencia intrafamiliar^{20,21}. Por otro lado, un estudio en Perú realizado por Lam et al. reveló que los factores de riesgo más influyentes en la muestra estudiada eran el antecedente de aborto, la falta de planificación del embarazo, el bajo nivel educativo de la gestante frente a un nivel educativo superior de la pareja y el antecedente de violencia, que es el de mayor significación estadística²².

Entre los factores de riesgo que influyen en menor proporción, se encuentran el desempleo y el bajo ingreso económico, lo que indica que, aunque el nivel socioeconómico no tiene gran impacto estadístico, puede influir en la aparición de la depresión durante y después del embarazo²³. La presencia de más de 2 factores aumenta el riesgo de que la gestante padezca un episodio depresivo mayor y sus síntomas tengan mayor impacto en la vida diaria de la paciente. No obstante, factores como el antecedente de aborto, la violencia y la falta de apoyo social son factores independientes cuya única presencia debe alertar a los profesionales de salud sobre un caso probable de depresión gestacional²².

Clínica y diagnóstico

El diagnóstico del episodio depresivo mayor tanto en la población general como en la gestante suele basarse en los síntomas y signos clínicos definidos por la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales (DSM-V) (tabla 1)²⁴. Para la identificación de los síntomas más frecuentes durante la depresión en el embarazo, se han validado y utilizado la escala de depresión posnatal de Edimburgo y la escala de desesperanza de Beck, las cuales buscan dividir a la población evaluada en 2 grupos (pacientes en riesgo

Tabla 2 – Preguntas recomendadas como método de pesquisa sobre depresión durante el embarazo

1. ¿Durante el último mes, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
2. ¿Durante el último mes, ha sufrido de forma más o menos continua una pérdida de interés o del placer que le causaba realizar ciertas actividades?

Formule las preguntas en cualquier momento de la entrevista, y de ser positiva alguna de las dos, preguntar a la paciente: ¿ha sentido que necesita o desea ayuda con este problema?

Fuente: Autores.

de depresión y sin riesgo de depresión) evaluando variables dicotómicas, y a pesar de las sobrestimaciones, los resultados poseen gran especificidad y relevancia clínica^{9,14}.

Instituciones internacionales como el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) de Reino Unido han recomendado, con base en las escalas mencionadas, la realización sistemática de 2 preguntas como parte de un método de pesquisa que permita la identificación, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de esta enfermedad (tabla 2)^{5,25}. A las mujeres que obtienen un resultado positivo en esta prueba rápida para depresión se las debe derivar a una evaluación completa de su estado mental con el fin de determinar la duración y la intensidad de los síntomas, su repercusión en la funcionalidad de la paciente e indagar sobre la posibilidad de ideas de autolesión o suicidio. Se debe preguntar acerca de los antecedentes psiquiátricos y la presencia de cualquier otro síntoma relacionado con episodios de manía o hipomanía, ya que estos podrían indicar la presencia de un trastorno afectivo bipolar, el cual implica mayor riesgo de depresión o psicosis posparto²⁶.

Consecuencias de la depresión durante el embarazo

La depresión en el embarazo se ha documentado como la causa más frecuente de incapacidad laboral, además de incluir aspectos como deterioro en el autocuidado y aumento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, junto con intentos suicidas^{10,27}. Además, se aumenta el riesgo de preeclampsia junto con el incremento en la presentación de complicaciones en el recién nacido, como parto prematuro, deterioro del neurodesarrollo fetal, Apgar con baja puntuación y recién nacidos con baja talla para la edad gestacional^{9,28,29}.

Según un estudio llevado a cabo por la Universidad de Michigan, tanto las mujeres que sufrieron depresión durante el embarazo como sus recién nacidos mostraron aumento de corticotropina, alteraciones en el patrón del sueño, mayor irritabilidad, disminución de las expresiones faciales y mayor riesgo de adquirir apego inseguro³⁰. Además, se ha registrado un aumento de las concentraciones de angiotensina II, vasopresina y oxitocina, las cuales están relacionadas con mayor probabilidad de parto prematuro¹⁰.

En un estudio realizado por Field et al. en 2004, se hallaron concentraciones significativamente elevadas de cortisol en el grupo de gestantes con episodio depresivo mayor en comparación con el grupo de control (343,7 frente a 263,7 nmol/l

respectivamente). Además se estudió la concentración de cortisol en los neonatos de las gestantes con esta afección, y se halló incremento de la concentración en el grupo expuesto (549,7 frente a 408,8 nmol/l), lo cual puede explicarse porque el 40% de esta hormona cruza la barrera fetoplacentaria. Es de resaltar que el aumento de cortisol se asocia con mayor riesgo de prematuridad³¹.

La secreción de sustancias que pueden potenciar la vasoconstricción elevan el riesgo de hipertensión y, con ello, de cambios vasculares que puedan inducir preeclampsia³². En un estudio realizado a 623 gestantes sanas, la depresión se asoció con la aparición de preeclampsia (odds ratio [OR] = 2,5) en pacientes con escala de depresión de Beck entre 3 y 17³³.

Según Lartigue et al.³⁴, los hijos de madres deprimidas que no establecían un adecuado vínculo tenían mayor probabilidad de llanto excesivo e irritabilidad. Los escolares de madres que sufrieron depresión en el embarazo presentan mayor tendencia a conductas agresivas y dificultad para el aprendizaje. El diagnóstico temprano y el adecuado tratamiento de la depresión en el embarazo permitirán el adecuado desarrollo del neonato y el establecimiento de un vínculo seguro.

Tratamiento

Existen 2 posibles tratamientos para la depresión en el embarazo: la psicoterapia y la farmacoterapia con antidepresivos. Cuando se trata de un cuadro depresivo leve, la psicoterapia es el tratamiento de primera línea, pero cabe resaltar que esta difícilmente será de provecho en cuadros depresivos moderados o graves. Por otro lado, la farmacoterapia está indicada como tratamiento de primera línea para la depresión mayor moderada o grave en el embarazo, pero se requieren de varias semanas a meses de tratamiento farmacológico continuo para que llegue a actuar contra los síntomas depresivos³⁵.

Psicoterapia y terapias alternativas

Disminuir el estrés perinatal es un objetivo esencial dentro de la promoción y la prevención en salud pública. La ansiedad materna, la depresión y el estrés originan las ya nombradas complicaciones para el bienestar fetal y materno, por lo que el tratamiento de esta enfermedad debe ser eficaz^{1,9}.

Las intervenciones de tipo psicológico dadas por el personal de salud, como la psicoterapia, han mostrado una importante eficacia en el tratamiento de la depresión en el embarazo en países de medianos y bajos ingresos⁹. Se ha descrito la importancia de la intervención a través de la psicoterapia, dado su impacto positivo en el bienestar materno-fetal y en el entorno familiar. Durante las sesiones de trabajo se debe actuar en los problemas sociales, como la violencia intrafamiliar, el abuso de sustancias por la gestante o su familia y las enfermedades venéreas como por el VIH, siempre con el objetivo de alcanzar un mayor empoderamiento de la mujer en estos aspectos. También se ha planteado el trabajo sobre 2 pilares: informar de manera integral a la paciente incluyendo a su familia y la construcción de nuevas habilidades³⁶.

La intervención con *mindfulness* para la prevención y el tratamiento de los problemas de salud mental como este es algo novedoso. Kabat-Zinn³⁷ define *mindfulness* como «la conciencia que surge de prestar atención, a propósito, en el momento presente y sin emitir juicios» y llega a promover entre los participantes la identificación de los momentos negativos con el fin de obtener una mejor capacidad para tolerarlos, promueve un cambio cognitivo en la relación de cada uno de los pensamientos y brinda experiencias cognitivas que permitan la comprensión del desarrollo y el curso de esas ideas que llegan a la mente.

Aunque esta herramienta es aún desconocida por muchos, existe un estudio finalizado y publicado por el Royal Women's Hospital (Australia) que incluyó a 52 gestantes, donde se introdujo el programa de *mindfulness* bajo el nombre de «MindBabyBody» a través de sesiones grupales, tanto presenciales como de trabajo independiente en casa, como una opción de tratamiento para mujeres gestantes con altos niveles de estrés, ansiedad o depresión en cualquier etapa del embarazo. Las pacientes encontraron motivaciones basadas en «el conocimiento de esta nueva herramienta», «participar activamente en su tratamiento» y «enseñar y difundir la técnica a sus familias». Se evidenció una alta aceptación de la técnica, con aumento de la sensación de calidad de vida, mejora de las relaciones interpersonales y alta confianza de las pacientes en la técnica³⁸.

En diferentes estudios también se ha destacado la labor del ejercicio dentro del tratamiento de la depresión en el embarazo, dado que contribuye tanto a la disminución del riesgo cardiovascular como a la mejoría del estado de ánimo. Pese a que se desconocen los mecanismos de este efecto antidepresivo, se cree que puede alterar beneficiosamente las funciones neuroendocrinas y la producción de neurotransmisores³⁹. Asimismo, entre las recomendaciones dadas por el colegio estadounidense de obstetras y ginecólogos para el tratamiento de la depresión, toda gestante sin contraindicaciones médicas que lo impidan debe realizar regularmente ejercicios aeróbicos durante el periodo perinatal²⁶. Se ha evidenciado que la práctica de ejercicio aeróbico disminuye en gran manera la gravedad de los síntomas depresivos, por lo que se debe recomendar su práctica mientras sea posible⁴⁰. Los estudios para la evaluación del impacto de otras técnicas de meditación como el yoga o la realización de masajes han arrojado que estas prácticas podrían llegar a beneficiar a la paciente con esta enfermedad, pero la evidencia no es tan fuerte, por lo que se requieren más estudios³⁹⁻⁴².

Tratamiento farmacológico con antidepresivos

La proporción de embarazadas con prescripción de antidepresivos ha aumentado drásticamente en las últimas 2 décadas⁸, por lo que elegir una terapia rápida, efectiva y sin efectos adversos para la madre y el feto es la prioridad dentro de la atención médica. No existen ensayos clínicos aleatorizados y controlados que permitan conocer la eficacia o la seguridad del uso de antidepresivos en la gestación; no obstante, a través de estudios retrospectivos y prospectivos de cohorte o de casos y controles, se ha logrado evidencia del tratamiento farmacológico^{43,44}.

En el posible arsenal de fármacos para el tratamiento de la depresión en el embarazo, se encuentran los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), también llamados duales; desafortunadamente, debido a que no hay una opción de tratamiento para la depresión en el embarazo sin riesgo de teratogenicidad, la familia de antidepresivos con más evidencia es la más recomendada, los ISRS^{2,41}.

Los antidepresivos tricíclicos han estado disponibles desde 1950, periodo en que esta familia de psicofármacos fue el tratamiento de primera línea, pero hoy se emplean en menor proporción y han sido reemplazados por fármacos con mejor tolerabilidad, como es el caso de los ISRS y los IRSN⁴⁵. De los antidepresivos tricíclicos, debido a sus características lipófilas, se ha llegado a evidenciar un paso placentario de hasta el 60% de la dosis administrada a la madre y se han relacionado con malformaciones cardíacas como defectos septales^{5,45}, aunque estas también se han evidenciado con la exposición a sertralina⁴⁶.

Con respecto a los ISRS, pese a que el riesgo poblacional de grandes malformaciones congénitas fetales ronda el 2-4%, diferentes metanálisis han encontrado una fuerte relación entre el uso de ISRS como la paroxetina y defectos cardíacos congénitos (razón por la cual no se recomienda su uso durante el embarazo)⁴⁷, así como entre el citalopram y un incremento de las anomalías urinarias y digestivas. Se ha descrito también aumento del riesgo de anomalías del sistema nervioso central para los neonatos expuestos a antidepresivos tricíclicos e ISRS simultáneamente⁴⁶⁻⁴⁸. Sin embargo, Wichman et al. comunicaron en 2009 que, ante un tratamiento con ISRS o IRSN como la venlafaxina, no se produce un aumento significativo de malformaciones cardíacas⁴⁹. En múltiples estudios con muestras representativas, se ha evidenciado que la fluoxetina no se asocia con malformaciones cardíacas o de otros sistemas, por lo que se recomienda como fármaco de primera elección para el tratamiento de la depresión durante el embarazo⁵⁰.

Recordando la importancia del papel modulador de la serotonina en el control respiratorio, su efecto inhibitorio de este y su acción vasoconstrictora, se ha llegado a plantear que los diferentes estudios y reportes de casos publicados sobre cuadros clínicos consistentes en acidosis respiratoria, cianosis, taquipnea, trabajo respiratorio e hipertensión pulmonar secundarios a la exposición de ISRS durante la gestación podrían tener relación con esta familia de fármacos debido a su farmacodinámica^{51,52}. En un metanálisis realizado por Grigoriadis et al.⁵³ en Canadá, se identificó que el riesgo de hipertensión pulmonar del neonato posterior al uso de ISRS solo se da con la administración de estos medicamentos durante el tercer trimestre de gestación, y no durante los primeros meses.

Se ha hablado también del llamado «síndrome de adaptación neonatal», que se ha descrito en cerca del 10-30% de los recién nacidos de madres tratadas con ISRS durante el embarazo y se manifiesta aproximadamente a las 2 semanas del nacimiento. Este síndrome se caracteriza por irritabilidad, llanto débil o ausente, hipoglucemias, taquipnea y, en algunas ocasiones, convulsiones; entre los mecanismos fisiopatológicos de este síndrome, se ha considerado la posibilidad de que

se deba a efectos de la abstinencia, toxicidad del fármaco y cambios en la función cerebral²⁶.

Con respecto a los IRSN, aunque se han publicado pocos estudios, se ha encontrado asociación entre el uso de venlafaxina en el primer trimestre del embarazo y la presencia de malformaciones como anencefalia, gastrosquisis y paladar hendido. También se ha encontrado asociación entre el uso de bupropión y algunas malformaciones fetales, como defectos cardíacos del septo, coartación de la aorta o hipoplasia del ventrículo izquierdo; sin embargo, basándose en el balance riesgo/beneficio, el uso de bupropión contra la dependencia nicotínica resulta beneficioso si evita las graves complicaciones que la nicotina puede llegar a ocasionar en el feto^{10,50}.

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva se ha utilizado en pacientes con padecimientos graves, resistentes a la medicación, catatonía, riesgo de suicidio alto y tendencia a la desnutrición. No obstante, según el trimestre en que se aplique, se puede tener diferentes probabilidades de determinadas complicaciones, como bradicardia fetal, sangrado vaginal o estenosis pilórica en el caso del primer trimestre. En un estudio en el que se aplicó terapia electroconvulsiva a 169 gestantes, el 53% se realizó en el segundo trimestre, que es la edad gestacional más común para la aplicación de dicho tratamiento, aunque se registró un total de 67 complicaciones, entre ellas trabajo de parto prematuro. Debe tenerse en cuenta que la terapia electroconvulsiva es el último tratamiento que elegir, aunque en el caso de depresión grave refractaria, se emplea como tratamiento primario⁵⁴⁻⁵⁶.

En los últimos años se ha documentado que esta técnica durante el tercer trimestre es segura y eficaz tanto para la madre como para el bebé, cuyos riesgos se evitan al controlar la hipoxia durante el procedimiento. Desde hace aproximadamente 50 años, se ha estado utilizando la terapia electroconvulsiva por la necesidad de un tratamiento eficaz y reducir los fármacos psicotrópicos⁵⁶.

Conclusiones

La depresión en el embarazo es un trastorno frecuente en nuestro medio, pero se subregistra debido a la similitud entre algunos síntomas propios del embarazo —como sueño, fatiga, irritabilidad y cambios en el apetito y los hábitos de sueño— y las manifestaciones de un cuadro depresivo. Este subregistro ocasiona que no se trate oportunamente y se ponga en riesgo el bienestar materno-fetal. El conocimiento de los criterios diagnósticos de depresión y la implementación de los métodos rápidos de pesquisa recomendados por los organismos internacionales son fundamentales en la detección temprana de la depresión y la implementación del tratamiento adecuado.

El tratamiento rápido y eficaz permite prevenir las principales consecuencias de la depresión en el curso del embarazo y los resultados obstétricos y perinatales, tales como trabajo de parto pretérmino, deterioro del neurodesarrollo fetal, Apgar con baja puntuación y bajo peso al nacer, entre otras. Del tratamiento no farmacológico de la depresión, es importante

recaltar la eficacia de la psicoterapia en los casos leves de la enfermedad. La *mindfulness* se considera una herramienta valiosa entre las posibilidades terapéuticas de la gestante con problemas de estrés, ansiedad o depresión.

En cuanto al tratamiento de la depresión durante la gestación, es obligatorio acogerse a las opciones terapéuticas más seguras y acordes con el cuadro clínico de la madre. Se debe tener en mente la recomendación de las medidas generales, usar los antidepresivos de menor riesgo y aplicar la terapia electroconvulsiva cuando las condiciones de la madre lo ameriten, especialmente en los casos de más gravedad. La oportunidad en el diagnóstico y la instauración del tratamiento adecuado podrán disminuir el impacto de la depresión tanto en el curso del embarazo como en el neurodesarrollo fetal y los resultados perinatales en general.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

- Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K, Smiatek-Mazgaj B, Mielimąka M, Sobański J, Rutkowski K. Psychotherapy for pregnant women with psychiatric disorders. *Psychiatr Pol*. 2015;49:49-56.
- Cohen LS, Altshuler 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.
- Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 2012;379:1045-55.
- Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;119:1-8.
- Stewart D. Depression during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2005;51:1061-3.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:1012-24.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103:698-709.
- Cooper WO, Willy ME, Pont SJ, Ray WA. Increasing use of antidepressants in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196:544.e1-544.e5.
- Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25:141-8.
- Polen KND, Rasmussen SA, Riehle-Colarusso T, Reefhuis J. Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997-2007. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2013;97:28-35.
- Furray A, Gotman N, Kershaw T, Yonkers KA. Perinatal smoking and depression in women with concurrent substance use. *Addict Behav*. 2014;39:749-56.
- Pérez MB, Forero C, Cabarcas NA, Hinestrosa C, Polo S, Staaen M, et al. Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2013;29:394-404.

13. Bonilla-Sepúlveda ÓA. Depression and associated factors in pregnant and non-pregnant adolescent women in Medellín, Colombia, 2009: Cross sectional study. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010;61:207-13.
14. Asunción M, Almanza J, Morales F, Juárez F. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Ment.* 2006;29:55-62.
15. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Major depression in pregnant women served by the National Materno-Perinatal Institute in Lima, Peru. *Rev Panam Salud Publica.* 2009;26:310-4.
16. LaRocco-Cockburn A, Reed SD, Melville J, Croicu C, Russo JE, Inspektor M, et al. Improving depression treatment for women: Integrating a collaborative care depression intervention into OB-GYN care. *Contemp Clin Trials.* 2013;36:362-70.
17. Kelly R, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry.* 2001;158:213-9.
18. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:61.e1-61.e7.
19. Krauss PP, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depression during pregnancy: Prevalence and risk factors among women attending a public health clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de Saude Publica.* 2009;25: 2725-36.
20. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202:5-14.
21. De Oliveira Fonseca-Machado M, Camargo Alves L, Scotini Freitas P, Dos Santos Monteiro JC, Gomes-Sponholz F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm.* 2014;32:291-305.
22. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostraza W, Hinostraza R, Torrejon E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. *Rev Peru Epidemiol.* 2011;14:1-8.
23. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26:289-95.
24. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.a ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
25. Antenatal and postnatal mental health: the NICE guideline on clinical management and service guidance. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
26. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31:403-13.
27. Penberthy JK, Hook JN, Hettema J, Farrell-Carnahan L, Ingersoll K. Depressive symptoms moderate treatment response to brief intervention for prevention of alcohol exposed pregnancy. *J Subst Abuse Treat.* 2013;45:335-42.
28. Markham JA, Koenig JL. Prenatal stress: Role in psychotic and depressive diseases. *Psychopharmacol (Berl).* 2011;214:89-106.
29. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2010;48:269-78.
30. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences—Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol.* 2009;16:e15-22.
31. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif, Schanberg, Kuhn C, et al. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behav Dev.* 2004;27, 216-129.
32. Davis EP, Glynn LM, Schetter CD, Hobel C, Chicx-Demet A, Sandman CA. Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:737-46.
33. Kurki T, Hillesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obs Gynecol.* 2000;95:487-90.
34. Lartigue T, Maldonado-Durán JM. Depresión en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum.* 2008;22:111-31.
35. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord.* 2009;117:S1-2.
36. Chowdhary N, Sikander S, Atif N, Singh N, Ahmad I, Fuhr DC, et al. The content and delivery of psychological interventions for perinatal depression by non-specialist health workers in low and middle income countries: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014;28:113-33.
37. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: healing ourselves and the world through mindfulness.* London: Kabat-Zinn J; 2005.
38. Woolhouse H, Mercuri K, Judd F, Brown SJ. Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:1-16.
39. Freeman MP. Complementary and alternative medicine for perinatal depression. *J Affect Disord.* 2009;112:1-10.
40. Robledo-Colonia AF, Sandoval-Restrepo N, Mosquera-Valderrama YF, Escobar-Hurtado C, Ramírez-Vélez R. Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: A randomised trial. *J Physiother.* 2012;58:9-15.
41. Kempler L, Sharpe L, Bartlett D. Sleep education during pregnancy for new mothers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:155.
42. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther.* 2012;16:204-9.
43. Mulder EJM, Ververs FF, De Heus R, Visser GHA. Selective serotonin reuptake inhibitors affect neurobehavioral development in the human fetus. *Neuropsychopharmacol.* 2011;36:1961-71.
44. Lattimore KA, Donn SM, Kaciroti N, Kemper AR, Neal CR, Vazquez DM. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and effects on the fetus and newborn: a meta-analysis. *J Perinatol.* 2005;25:595-604.
45. Yonkers KA, Blackwell KA, Glover J, Forray A. Antidepressant use in pregnant and postpartum women. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10, 369-292.
46. Ban L, Gibson J, West J, Fiaschi L, Sokal R, Smeeth L, et al. Maternal depression, antidepressant prescriptions, and congenital anomaly risk in offspring: A population-based cohort study. *BJOG.* 2014:1471-81.
47. Bar-Oz B, Einarson T, Einarson A, Boskovic R, O'Brien L, Malm H, et al. Paroxetine and congenital malformations: meta-analysis and consideration of potential confounding factors. *Clin Ther.* 2007;29:918-26.
48. Gur TL, Kim DR, Epperson CN. Central nervous system effects of prenatal selective serotonin reuptake inhibitors: Sensing the signal through the noise. *Psychopharmacol (Berl).* 2013;227:567-82.
49. Wichman CL, Moore KM, Lang TR, Sauver JL, St, Heise RH, Watson WJ. Congenital heart disease associated with selective serotonin reuptake inhibitor use during pregnancy. *Mayo Clin Proc.* 2009;84:23-7.
50. Byatt N, Deligiannidis KM, Freeman MP. Antidepressant use in pregnancy: A critical review focused on risks and controversies. *Acta Psychiatr Scand.* 2013;127:94-114.

51. Bourke CH, Stowe ZN, Owens MJ. Prenatal antidepressant exposure: clinical and preclinical findings. *Pharmacol Rev.* 2014;66:435-65.
52. Kieler H, Artama M, Engeland A, Ericsson O, Furu K, Gissler M, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn: population based cohort study from the five Nordic countries. *BMJ.* 2011;344, d8012-d8012.
53. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348, f6932-f6932.
54. Berle JO, Solberg DK, Spigset O. Behandling av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel. *Tidsskr den Nor Laegeforening.* 2011;131:126-9.
55. Saatcioglu O, Tomruk NB. The use of electroconvulsive therapy in pregnancy: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2011;48:6-11.
56. Leiknes KA, Cooke MJ, Jarosch-von Schweder L, Harboe I, Høie B. Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Arch Womens Ment Health.* 2013;18:1-39.