

Depresión en el embarazo y el puerperio

Depression in pregnancy and the puerperium

Enrique Jadresic M.¹

Background: Depression, a disorder than mostly affects fertile women, is the leading cause of disease burden in Chilean adult women. **Objective:** To highlight the main facts currently known about depression in pregnancy and the puerperium. **Method:** Results of several studies are summarized in the context of a review of the literature. **Results:** A third of Chilean women have depressive and/or anxiety symptoms during pregnancy, while prevalence figures in the postpartum period increase to more than 40%. If strict operational criteria describing well defined depressive disorders are used, one out of ten pregnant/postpartum women is found to be depressed. Persistent depression in pregnant women was shown to be associated with developmental delay in their children at 18 months of age and a 4.7 higher risk of depression in adolescence. Postpartum depression has been associated to lower IQ scores in preadolescents, and to violent behavior. Different types of psychotherapy and antidepressant medication, which can be used at this time of life, are currently available. **Conclusions:** Pre and postpartum depression are highly prevalent and the impact of both, untreated and treated perinatal depression, must be taken into account when managing depressed childbearing women.

Key words: Depression, pregnancy, puerperium, postpartum, perinatal.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2010; 48 (4): 269-278

Introducción

En Chile, como en otros países, se utiliza cada vez más la expresión “psiquiatría perinatal”, denominación que alude al área de la psiquiatría que se aboca específicamente al estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales del pre y posparto. De estos trastornos, son fundamentalmente los cuadros depresivos los que concitan mayor atención, tanto de parte de profesionales de la salud mental como de especialistas en gineco-obstetricia y pediatría. Entre otras razones, esto obedece a la prevalencia actual de la depresión.

Así, mientras a nivel mundial este trastorno se convertirá en la segunda causa de discapacidad recién en el año 2020, en nuestro país la enfermedad depresiva es ya hoy el primer motivo de discapacidad en mujeres adultas¹. Además, se debe considerar que en la mujer la depresión se presenta principalmente durante el período de vida fértil. Luego, el interés actual por familiarizarse con el diagnóstico y tratamiento esta patología se explica también por la constatación creciente de que el no tratar la depresión materna tiene efectos deletéreos en el desarrollo del feto, del lactante e incluso de los hijo(a)s en épocas más tardías de la vida.

Recibido: 10/04/2010

Aceptado: 19/05/2010

¹ Profesor Asociado de Psiquiatría, Universidad de Chile . Psiquiatra, Clínica Las Condes.

Depresión durante el embarazo

Hasta mediados de la década del 80 del siglo pasado, prevaleció la idea de que la maternidad, particularmente el embarazo, se asociaba casi invariablemente a un estado de bienestar emocional y ausencia de patología mental. Se sabía, por supuesto, que las enfermas psiquiátricas se podían embarazar y que las púerperas eran algo más vulnerables², pero predominaba el concepto de que la gestante no padecía de afecciones psíquicas. Fue la psiquiatra Gisela B. Oppenheim quien por primera vez hizo un cuestionamiento explícito al mito prevaleciente hasta entonces cuando, en un texto inglés de la época, inició el capítulo sobre trastornos psicológicos en el embarazo con la pregunta siguiente. “¿Sirve el embarazo, como se ha afirmado a menudo, para proteger a la futura madre de la enfermedad mental?”³.

Coincidentemente, en los años posteriores al planteamiento de la colega londinense, en todo el mundo se apreció interés por determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en las gestantes/púerperas⁴. Chile no fue la excepción y, en particular, desde la década de los 90, se publicaron estudios nacionales que, en resumen, muestran que alrededor del 30% de las embarazadas presenta síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. En cambio, si uno se circunscribe a los trastornos depresivos propiamente tales, la prevalencia de depresión en este período es cercana al 10%⁵.

Las características clínicas de la depresión mayor del embarazo son, en lo fundamental, similares a las observadas en los episodios depresivos que se presentan en otras épocas de la vida. Por este motivo, para el no especialista, es útil conocer los síntomas de depresión mayor, según la definición de la Asociación Americana de Psiquiatría (Tabla 1)⁶.

Se debe tener presente que algunas molestias propias de la gravidez, como por ejemplo la astenia, la labilidad emocional y las alteraciones del sueño y del apetito, suelen encontrarse durante la depresión. Asimismo, es pertinente recordar que las embarazadas pueden sufrir de ciertas patologías médicas, tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se asocian a síntomas depresivos. Por ello, se recomienda explorar siste-

máticamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida.

Como en otros ámbitos de nuestra especialidad, en psiquiatría perinatal se dispone de instrumentos psicométricos específicos para la detección de depresión durante el embarazo^{7,8}. Con todo, el instrumento de tamizaje para depresión usado más comúnmente durante la gestación en todo el mundo es la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)⁹, escala que ha sido validada para ser usada en el embarazo en distintos contextos¹⁰. Mientras en el posparto se sugiere usar un punto de corte 9/10, durante la gravidez se recomienda usar un punto de corte de 11/12¹¹.

Riesgos de no tratar la depresión materna durante la gestación

La depresión de la embarazada puede traducirse en cambios conductuales como el abandono de los controles prenatales, el deterioro del autocuidado que requiere la gravidez, la mala adherencia a las indicaciones médicas y el abuso de tabaco, alcohol y drogas, todo lo cual puede afectar el desenlace obstétrico. El suicidio, o los intentos de suicidio, son infrecuentes en las gestantes deprimidas^{12,13}.

Por otra parte, algunos síntomas propios de la depresión, como la inapetencia, pueden alterar algunos aspectos del embarazo, tales como el aumento de peso, y así contribuir a resultados adversos.

Tabla 1. Síntomas de la depresión mayor*

• Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas, y/o
• Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de, actividades que la persona habitualmente disfruta
Otros síntomas que pueden presentarse
• Fatiga o falta de energía
• Inquietud o sensación de enlentecimiento
• Sentimientos de culpa o minusvalía
• Dificultades para concentrarse
• Alteraciones del sueño
• Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

*modificado de: American Psychiatric Association, 2000⁶.

La depresión materna *per se* puede afectar negativamente el desarrollo del feto¹⁴. Aunque varios estudios sugieren que la depresión materna se asocia a un riesgo mayor de embarazos de pretérmino (cuando el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas) o a un riesgo mayor de dar a luz recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) o de peso bajo, una revisión reciente concluyó que la evidencia actual no permite apoyar ni refutar la validez de estas asociaciones específicas¹⁵.

Cabe mencionar un interesante estudio prospectivo de una cohorte de más de 9.000 mujeres y sus hijo(a)s, realizado en Inglaterra. Incluyó la aplicación de la EPDS durante las semanas 18 y 32 del embarazo, y luego a las ocho semanas y a los ocho meses posparto. El seguimiento reveló que la presencia de síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo se asoció a un retraso en el desarrollo de los niño(a)s, a los 18 meses de edad, en comparación a lo observado en los niño(a)s cuyas madres no presentaron tales síntomas durante la gestación. Se determinó la Odds Ratio (OR), encontrándose que fue de 1,34 (95% IC = 1,01-1,78; p = 0,043). Si bien tuvo la limitante de que la evaluación de los niños se basó únicamente en el reporte de la madre, el estudio subraya la importancia de la depresión durante el embarazo. En efecto, como lo destacan los autores, algunas de las consecuencias en el desarrollo de los niño(a)s atribuidas a la depresión puerperal son causadas en parte por los síntomas depresivos durante el embarazo¹⁶.

Otro estudio reciente mostró que aquellos adolescentes cuyas madres tuvieron una depresión durante sus embarazos, presentaron un riesgo 4,7 veces mayor de estar deprimidos a los 16 años de edad, en comparación a aquellos cuyas madres no se deprimieron durante la gestación¹⁷.

Tratamiento de la depresión durante el embarazo

El objetivo es mantener o mejorar la salud mental de la mujer, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo. Por cierto, se debe

recomendar interrumpir el consumo de cafeína, nicotina y alcohol. Al mismo tiempo, debe intentarse maximizar las posibilidades de descanso.

Intervenciones psicoterapéuticas

Muchas pacientes con depresiones leves a moderadas pueden ser tratadas exclusivamente con psicoterapia. Tanto las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, como la psicoterapia de apoyo pueden ser muy útiles para tratar la ansiedad que frecuentemente acompaña a la depresión. Para los síntomas anímicos, siempre que no sean intensos, suele preferirse la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (Interpersonal Psychotherapy) (PIP). Por lo general se usan en su modalidad individual, pero también se pueden emplear en su versión grupal¹⁸. Pese a que la evidencia a favor de la psicoterapia de orientación psicodinámica es limitada, los expertos plantean que se trata de una opción razonable si no se dispone de TCC o de PIP.

Farmacoterapia

Se debe considerar su uso en embarazadas con depresiones moderadas a severas o cuando hay una alta probabilidad de recidiva. Por comprensibles razones éticas, no se cuenta con estudios sobre la eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión de mujeres embarazadas. Sin embargo, no hay razones para pensar que la respuesta terapéutica de las mujeres grávidas debiera ser distinta a la observada en mujeres no embarazadas. Es más, se cuenta con guías para el tratamiento de la depresión durante la gestación^{15,19-21}.

En la práctica, sigue siendo válida la recomendación de evitar en lo posible el uso de psicofármacos durante las primeras doce semanas de gestación (período de organogénesis), debido al riesgo de malformaciones. Al respecto, es útil conocer la clasificación del riesgo que representan los fármacos para el feto según la Food and Drug Administration (FDA) de los EEUU (Tabla 2).

Esta categorización del riesgo asociado al uso de medicamentos durante el embarazo es un referente valioso pese a algunas limitaciones importantes. Así, en 1992, la Sociedad Norteamericana

de Teratología hizo ver que mientras entonces sólo alrededor de veinte drogas eran reconocidas como teratógenos en humanos, en los manuales de la FDA de ese año aparecieron alrededor de 140 medicamentos con una clasificación D o X (las de mayor riesgo). Con posterioridad, algunos autores alertaron sobre el hecho de que en EE.UU. se ha puesto fin innecesariamente a embarazos deseados por seguir muy de cerca las clasificaciones de la FDA.

Un estudio de Cohen y cols, en mujeres que estaban tomando antidepresivos antes de la concepción, encontró que la discontinuación del medicamento durante el embarazo se tradujo en un 68% de recidiva, en comparación a sólo un 25% de recidiva en mujeres gestantes que continuaron el fármaco²².

La mayor cantidad de datos relacionados con los antidepresivos y el período grávido proviene del uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), especialmente fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina. En general, el conjunto de los datos reunidos hasta ahora muestra escasa evidencia de teratogénesis derivada del uso de antidepresivos durante la gestación o de efectos adversos asociados a la exposición durante la lactancia²³⁻²⁵.

A modo de resumen, se puede decir que los ISRS (salvo, tal vez, la paroxetina) son una buena opción terapéutica y suelen preferirse durante la gestación/posparto; representan una alternativa

segura, incluso en el primer trimestre del embarazo. Algunos autores aconsejan evitar el uso de la paroxetina en gestantes o mujeres que planean embarazarse¹⁶. La razón es que durante 2005 y 2006 algunos estudios mostraron que los recién nacidos cuyas madres habían tomado paroxetina en el primer trimestre del embarazo tenían dos veces mayor riesgo de presentar malformaciones congénitas cardíacas, más comúnmente problemas del septum ventricular. En términos absolutos el riesgo es pequeño, de dos por cada 1.000 nacimientos; por lo cual no se puede considerar que este fármaco sea un teratógeno mayor^{17,28}. Incluso un estudio reciente, que incluyó 1.174 neonatos provenientes de ocho centros distintos, reveló que no había un aumento en el riesgo de malformaciones asociado al uso de paroxetina en el primer trimestre¹⁹. Con todo, hace años se están reportando casos de síndromes de privación neonatal de ISRS en niños cuyas madres los han ingerido en el tercer trimestre^{30,31}, por lo que, independiente de si finalmente se confirma o descarta el potencial teratogénico de la paroxetina, dicho fármaco no constituye una buena alternativa durante la gravidez porque a menudo se asocia a síndrome de discontinuación.

Es pertinente señalar que recientemente la FDA hizo una advertencia sobre el riesgo de una asociación entre el uso de ISRS e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (www.fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI_PPHN200607.htm)³². Específicamente, se trata de un aumento de seis veces del riesgo relativo de desarrollar dicha condición cuando se usan estos fármacos después de la semana 20 de gestación. En términos absolutos, el riesgo aumenta de 1 a 2 por 1.000 (0,1%-0,2%) a 3 a 12 por 1.000 (0,3%-1,2%)¹⁵ lo que se traduce, en la práctica, en que los entendidos advierten sobre este riesgo asociado al uso de ISRS, pero este tipo de fármacos se sigue usando durante el embarazo¹⁵.

Los expertos coinciden en que durante el período grávido/puerperal una alternativa a los ISRS son las aminas secundarias, esto es, desipramina y nortriptilina (no disponible en Chile), ya que producen menos efectos anticolinérgicos e hipotensión ortostática que los antidepresivos tricíclicos. Estos últimos se usaron en embarazadas y

Tabla 2. Grado de riesgo que representa para el feto el uso de fármacos durante el embarazo*

Categoría	Interpretación
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

* Según la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América.

puérperas durante varias décadas y aún se utilizan ocasionalmente. Algunos estudios iniciales sugirieron que aumentaban el riesgo de malformaciones de extremidades, lo cual no fue confirmado posteriormente²⁶.

Los limitados datos disponibles sobre los antidepresivos atípicos, que no son ISRS ni tricíclicos (entre los que se incluyen bupropion, duloxetina, mirtazapina y venlafaxina), no sugieren, por el momento, un aumento del riesgo de teratogénesis o efectos obstétricos o neonatales adversos asociados a su uso³³⁻³⁵. En el único estudio publicado sobre bupropion, el cual incluyó 136 pacientes, se encontró un riesgo aumentado de aborto espontáneo, no así de malformaciones mayores³⁶. Por otra parte, si bien la FDA ha clasificado al bupropion en categoría B de riesgo en el embarazo (Tabla 3), los datos que fundamentan esta decisión no son confiables ya que no provienen de estudios sometidos al escrutinio de los pares. A esto se añade que el bupropion puede bajar el umbral convulsivante, por lo cual desaconsejamos su uso durante la gestación.

Depresión posparto (DPP)

Numerosos estudios muestran que durante los meses que siguen al parto, período en que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico, más del 40% de las madres sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrolla una enfermedad depresiva propiamente

Tabla 3. Grado de riesgo que representa para el feto/lactante el uso de algunos psicofármacos durante el embarazo/lactancia

		Riesgo en el embarazo según la FDA*	Riesgo en la lactancia según la AAP**
Antidepresivos			
ISRS	Citalopram	C	ND
	Escitalopram	C	ND
	Fluoxetina	C	Desc mp
	Paroxetina	D	Desc mp
	Sertralina	C	Desc mp
Tricíclicos y aminas secundarias	Amitriptilina	C	Desc mp
	Clomipramina	C	Desc mp
	Desipramina	C	Desc mp
	Imipramina	C	Desc mp
Otros	Bupropion	B	Desc mp
	Duloxetina	C	ND
	Mirtazapina	C	ND
	Venlafaxina	C	ND
Estabilizadores del ánimo			
	Carbamacepina	D	Compatible
	Carbonato de litio	D	Contraind.
	Lamotrigina	C	ND
	Oxcarbamacepina	C	ND
	Ácido Valproico	D	Compatible
Antipsicóticos			
Atípicos	Aripiprazole	C	ND
	Clozapina	B	Desc mp
	Olanzapina	C	ND
	Quetiapina	C	Desc mp
	Risperidona	C	ND
Convencionales	Clorpromazina	C	Desc mp
	Haloperidol	C	Desc mp
	Flufenacina	C	ND
	Tioridacina	C	ND
Ansiolíticos			
Benzodiacepinas	Alprazolam	D	Desc mp
	Clordiacepóxido	D	ND
	Clonacepam	D	ND
	Cloracepato	D	ND
	Diacepam	D	Desc mp
	Loracepam	D	Desc mp
	Oxacepam	D	ND

*Food and Drug Administration de los Estado Unidos de América. ** American Academy of Pediatrics.

ND = No Disponible. Desc mp = Desconocido, motivo de preocupación. Modificado de ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians- gynecologists Number 92, April 2008. Obstet Gynecol 2008²⁶.

Tabla 4. Factores de riesgo de trastornos mentales puerperales

Trastorno	Factores de riesgo
Disforia posparto	Síntomas depresivos durante el embarazo Historia de depresión Historia de trastorno disfórico premenstrual
Depresión posparto	Depresión durante el embarazo Historia de depresión, especialmente depresión posparto Conflicto conyugal Apoyo social insuficiente Situaciones vitales adversas durante el embarazo
Psicosis posparto	Historia de trastorno bipolar Primiparidad Psicosis posparto previa

tal⁵. En el caso de estos últimos cuadros, se trata de trastornos cuya sintomatología es en general muy similar a la de los episodios de depresión mayor que aparecen en otras épocas de la vida (Tabla 1)⁶. Ciertamente el contexto de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y así, por ejemplo, las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual tiñen el vivenciar de los deprimidos, aquí se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del niño(a).

La mayoría de los casos de DPP se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz.

La disforia posparto (postpartum blues) es un trastorno transitorio que aparece los primeros días posparto, típicamente alrededor del tercer día, durando sólo algunas horas y, a lo más, un día o dos. Se trata de un estado en que sobresalen la ansiedad, la labilidad emotiva y, a veces, el ánimo depresivo, síntomas todos muy pasajeros, por lo que no se requiere de tratamiento. Es muy común, presentándose en alrededor del 60% de las puérperas³⁷.

La psicosis posparto tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%³⁸. El cuadro es de presentación dramática y representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas posparto, a veces a las 48 ó 72 horas después de dar a luz. Suele debutar con síntomas tales como

inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño. Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones. Aún se debate si la psicosis posparto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida.

Considerando que el parto es un evento predecible, es conveniente conocer los factores de riesgo de la patología anímica puerperal (Tabla 4).

Riesgos de no tratar la depresión posparto

En la actualidad se cuenta con más de una veintena de estudios en los que se han documentado los numerosos efectos adversos asociados a la depresión materna posparto. Estas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos³⁹. Hay y cols, por ejemplo, encontraron que los preadolescentes cuyas madres presentaron una depresión a los tres meses de tenerlos; es decir, sufrieron de DPP, tuvieron coeficientes intelectuales significativamente más bajos que los niños cuyas madres no se deprimieron en ese período⁴⁰. En otro estudio, este grupo de investigadores dio a conocer una asociación entre DPP materna y vio-

lencia en los hijo(a)s, aún considerando la depresión durante la gestación, su historia de depresión y las características de la familia. Los hijo(a)s se mostraron más violento(a)s si las madres habían estado deprimidas al tercer mes posparto y al menos en una ocasión más durante el seguimiento, el cual se extendió hasta 11 años después del parto⁴¹.

Pero la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas⁴².

Tratamiento de la depresión posparto

Como se mencionó, las disforias posparto no requieren tratamiento debido a que la alteración anímica es leve y autolimitada. De todos modos, si la madre llegara a consultar, es útil explicarle que lo que le sucede es normal, atribuible a los cambios hormonales que está experimentando y que pasará sin necesidad de tratamiento.

En cuanto a las psicosis, es pertinente señalar que, dado sus características, habitualmente son derivadas al psiquiatra. En lo substancial, se tratan igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida.

En cuanto a al tratamiento de las depresiones posparto no psicóticas, se deben considerar tanto las psicoterapias como los tratamientos farmacológicos.

Intervenciones psicoterapéuticas

Para las mujeres en riesgo pero que permanecen asintomáticas, o aquellas con síntomas leves de DPP, se recomiendan medidas de orden general, como la psicoeducación. Básicamente, consiste en explicarle a la madre y a la familia, la naturaleza del trastorno que aqueja a la paciente, haciendo hincapié en que se trata de una enfermedad y no de derrota o fracaso personal, modo de conceptualizar el trastorno que uno a menudo encuentra en la práctica clínica. Es aconsejable descartar alteraciones de las hormonas tiroideas. Asimismo,

resulta fundamental perturbar lo menos posible los ritmos circadianos. El tratamiento oportuno de los problemas del sueño con frecuencia logra evitar el desarrollo de trastornos depresivos puerperales en mujeres de alto riesgo. De ser posible, se debe asistir (o relevar) a la madre en el cuidado nocturno del niño ya que ello puede ser muy beneficioso a través de favorecer el descanso. Las psicoterapias avaladas por la investigación científica, para ser usadas en esta etapa de la vida, son la cognitivo-conductual y la interpersonal (PIP). Esta última se focaliza en la transición de roles y en la adquisición de nuevas destrezas vinculadas a la maternidad⁴³.

Farmacoterapia

La lactancia tiene claros beneficios para la madre y el niño(a) y, por cierto, la decisión de si usar o no un antidepresivo mientras se amamanta debe basarse en un análisis cuidadoso de la relación riesgo/beneficio.

Se sabe que todos los fármacos pasan al niño a través de la leche materna y que, en general, sólo el 1% a 2% de la dosis materna de cualquier fármaco aparecerá en la leche. Este traspaso es significativamente menor que en la situación intrauterina y, en la práctica, en lo que a los antidepresivos concierne, no se traduce en problemas clínicos para el neonato en la gran mayoría de los casos²⁶. Con todo, si un niño(a) desarrolla síntomas anormales, y cabe la sospecha de que se relacionan a la ingesta del antidepresivo por parte de la madre, se debe suspender la lactancia de inmediato.

Desde hace más de diez años los ISRS han desplazado a los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de madres que amamantan. Los más estudiados son la fluoxetina y la sertralina. En cuanto a la fluoxetina, se ha visto que dosis de 20-40 mg se traducen en niveles plasmáticos relativamente bajos en el lactante⁴⁴, pero más altos que para otros ISRS. La norfluoxetina, el metabolito activo de la fluoxetina, tiene una vida media muy larga, lo cual pudiera explicar algunos reportes de efectos adversos en los neonatos descritos en la literatura^{45,46}. La sertralina ha sido relativamente bien estudiada. En 95 casos se estudiaron los niveles en la leche materna y las repercusiones en el lactante, encontrándose

niveles bajos en la leche materna e indetectables en el plasma de los niño(a)s. No se han descrito efectos adversos en los lactantes expuestos⁴⁴. A su vez, tampoco se ha descrito cambios en el transporte central o periférico de serotonina de los niños⁴⁷.

Se desconoce la duración óptima del tratamiento antidepresivo de la DPP. No obstante, la recomendación habitual es mantener la terapia por al menos 12 meses. Si por algún motivo se desea abreviar el período de tratamiento, se aconseja prolongarlo hasta después de verificados otros cambios hormonales (por ejemplo, el retorno de los ciclos menstruales).

Come se sabe, el sulpiride, un neuroléptico en uso desde hace más de dos décadas, se utiliza en ocasiones como tranquilizante y para aumentar la secreción de leche materna. No se han reportado efectos adversos en los lactantes⁴⁸, pero se debe

considerar que su empleo prolongado puede favorecer el aumento de peso en la madre^{48,49}.

De ser necesario prescribir un hipnótico a una madre que amamanta, el zolpidem representa una alternativa segura, tanto por su excreción rápida como porque casi no se encuentra en la leche de la madre. En efecto, sólo entre el 0,004% y el 0,0019% de la dosis total administrada pasa a la leche materna⁵⁰.

Desde hace algún tiempo, se cuenta con medios electrónicos que proporcionan información actualizada sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia. Entre otros, corresponde destacar los siguientes: <http://toxnet.nlm.nih.gov>, <http://depts.washington.edu/terisweb>, www.reprotox.org, www.mededppd.org, www.postpartum.net, www.womensmentalhealth.org, y www.mothersrisk.org

Resumen

Antecedentes: La depresión, un trastorno que afecta principalmente a mujeres fértiles, es la primera causa de discapacidad en mujeres chilenas. **Objetivo:** Destacar los conocimientos actuales más importantes acerca de la depresión en el embarazo y el puerperio. **Método:** Se resumen los resultados de varios estudios en el contexto de una revisión de la literatura. **Resultados:** Un tercio de las mujeres chilenas presenta síntomas de depresión y/o ansiedad durante el embarazo, mientras que la prevalencia en el posparto supera el 40%. Si se utilizan criterios operacionales estrictos, se encuentra que una de cada diez embarazadas/puérperas está deprimida. Se ha visto que la depresión persistente en mujeres embarazadas se asocia a retraso en el desarrollo de sus niño(a)s y a un riesgo de depresión 4,7 veces mayor en la adolescencia. La depresión posparto se asocia a coeficientes intelectuales más bajos en la preadolescencia, y a conductas violentas. En la actualidad se dispone de diferentes tipos de psicoterapia y medicamentos que pueden ser utilizados en este período de la vida. Entre los antidepresivos, los inhibidores de la recaptura de serotonina son los más usados. **Conclusiones:** La depresión pre y posparto son altamente prevalentes y debe considerarse tanto el impacto de no tratar, como de tratar, la depresión grávido/puerperal.

Palabras clave: Depresión, embarazo, puerperio, post parto.

Referencias

1. Ministerio Servicio Nacional de la Mujer. Salud Mental en el Gran Santiago, 2002.
2. Welner A. Childbirth-related psychiatric illness. *Compr Psychiatry* 1982; 23 (2): 143-54.
3. Oppenheim G. Psychological disorders in pregnancy. En: Priest R, editor. *Psychological disorders in obstetrics and gynaecology*. London: Butterworths, 1985.
4. Kumar R, Brockington I, editors. *Motherhood and mental illness*. London: Wright, 1988.

5. Jadresic E, Nguyen D, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression? *J Affect Disord* 2007; 102: 237-43.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 4th Edition. Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
7. Jadresic E, Jara C. Utilidad de un cuestionario (CSD-20) para la detección de cuadros depresivos en el embarazo. *Rev Psiquiat Clin* 1993; 30 (2): 97-104.
8. Gorman L, O'Hara M, Figuereido B, Hayes S, Jacquemain F, Kammerer M, *et al.* Adaptation of the structured clinical interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry* 2004; 184 (46): 17-23.
9. Cox J, Holden J. Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Glasgow: The Royal College of Psychiatrists, 1994.
10. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119 (5): 350-64.
11. Matthey S, Henshaw C, Elliott S, Barnett B. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: Implications for clinical and research practice. *Arch Women Ment Health* 2006; 9: 309-15.
12. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302 (6769): 137-40.
13. Marzuk P, Tardiff K, León A, Hirsh C, Portera L, Hartwell N, *et al.* Lower risk suicide during pregnancy. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (1): 122-3.
14. Nonacs R, Cohen L. Assessment and treatment of depression during pregnancy: An update. *Psychiatr Clin North Am* 2003; 26: 547-62.
15. Yonkers K, Wisner K, Stewart D, Oberlander T, Dell D, 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 2009; 114 (3): 703-13.
16. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG* 2008; 115 (8): 1043-51.
17. Pawlby S, Hay D, Sharp D, Waters C, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord* 2009; 113 (3): 236-43.
18. Spinelli M, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 555-62.
19. Altshuler L. The expert consensus guideline series. Treatment of depression in women. *Postgrad Med* 2001: 1-107.
20. Wisner K, Gelenberg A, Leonard H, Zarin D, Frank E. Pharmacological treatment of depression during pregnancy. *JAMA* 1992; 282: 1264-69.
21. Yonkers K, Wisner K, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, *et al.* Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 608-20.
22. Cohen L, Altshuler L, Harlow B, Nonacs R, Newport D, Viguera A, *et al.* Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295: 499-507.
23. Wen S, Yang Q, Garner P, Fraser W, Olatunbosun O, Nimrod C, *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors and adverse pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 961-6.
24. Malm H, Klaukka T, Neuvonen P. Risks associated with selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 1289-96.
25. Ellfolk M, Malm H. Risks associated with in utero and lactation exposure to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs). *Reprod Toxicol* 2010; 30 (2): 249-60.
26. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynaecologists. *Obstet Gynecol* 2008; 11 (4): 1001-19.
27. Merlob P, Birk E, Sirota L, Linder N, Berant M, Stahl B, *et al.* Are selective serotonin reuptake inhibitors cardiac teratogens? Echocardiographic screening of newborns with persistent heart murmur. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2009; 85(10): 837-41.
28. Cole J, Ephross S, Cosmatos I, Walter A. Paroxetine

- in the first trimestre and the prevalence of congenital malformations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 1075-85.
29. Einarson A, Pistelli A, Desantis M, Malm H, Paulus W, Panchaud A, *et al.* Evaluation of the risk of congenital cardiovascular defects associated with use of paroxetine during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (6): 749-52.
 30. Nordeng H, Lindemann R, Perminov K, Reikman A. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr* 2001; 90: 288-91.
 31. Ahmed M, Paramishwaran A, Swang P. Neonatal convulsions secondary to paroxetine withdrawal. *J Pak Med Assoc* 2007; 57: 162.
 32. Chambers C, Hernández-Díaz S, Van Marter L, Werler M, Louik C, Jones K, *et al.* Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med* 2006; 354: 579-87.
 33. Kallen B. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 312-16.
 34. Yaris F, Kadioglu M, Kesim M, Ulku C, Yaris E, Kalyoncu N, *et al.* Newer antidepressants in pregnancy: Prospective outcome of a case series. *Reprod Toxicol* 2004; 19: 235-8.
 35. Kesim M, Yaris F, Kadioglu M, Yaris E, Kalyoncu N, Ulku C. Mirtazapine use in two pregnant women: is it safe? *Teratology* 2002; 66: 204.
 36. Chun-Fai-Chan B, Koren G, Favez I, Kalra S, Voyer-Lavigne S, Dossier A, *et al.* Pregnancy outcome of women exposed to bupropion during pregnancy: a prospective comparative study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 932-6.
 37. Kendell R, McGuire R, Connor Y, Cox J. Mood changes in the first three weeks after childbirth. *J Affect Disord* 1981; 3 (4): 317-26.
 38. O'Hara M. Post-partum blues, depression, and psychosis: A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987; 7: 205-27.
 39. Hostetter B, Stowe Z. Postpartum mood disorders. En: Lewis-Hall F, Williams T, Panetta J, Herrera J, editors. *Psychiatric illness in women. Emerging treatments and research.* Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
 40. Hay D, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42 (7): 871-89.
 41. Hay D, Pawlby S, Angold A, Harold G, Sharp D. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39(6): 1083-94.
 42. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R. The impact of postpartum depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 1996; 67: 2512-26.
 43. Whiffen V, Gotlib I. Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol* 1989; 98: 274-9.
 44. O'Hara M, Stuart S, Gorman L, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(11): 1039-45.
 45. Gentile S. Use of contemporary antidepressants during breastfeeding: a proposal for a specific safety index. *Drug Saf* 2007; 30(2): 107-21.
 46. Hale T, Shum S, Grossberg M. Fluoxetine toxicity in a breastfed infant. *Clin Pediatr* 2001; 40(12): 681-4.
 47. Heikkinen T, Ekblad U, Palo P, Laine K. Pharmacokinetics of fluoxetine and norfluoxetine in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2003; 73(4): 330-7.
 48. Epperson N, Czarkowski K, Ward-O'Brian D, Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, *et al.* Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast-feeding mother-infant pairs. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10): 1631-7.
 49. O'Leary R. Sulpiride improves inadequate lactation. *Br M J (Clin Res Ed)* 1982; 285 (6344): 807.
 50. Brockington I. *Motherhood and mental health.* Oxford: Oxford University Press, 1996.
 51. Cohen L. Psychotropic drug use in pregnancy. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40 (6): 566-7.

Correspondencia:
 Enrique Jadresic M.
 E-mail: ejadresic@gmail.com