

Tratamiento de la Depresión durante el embarazo: perspectivas clínicas.

*Pedro Ruiz**

Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría
Profesor de la Universidad de Miami

La Depresión tiene una elevada prevalencia en la población general, mucho mayor en las mujeres que en los hombres.

La prevalencia a lo largo de la vida es, para la Depresión mayor:

Hombres... 5-12%
Mujeres... 10-25%

La Distimia tiene una prevalencia, asimismo, del 6% (DSM-IV, 1994)

En Estados Unidos son importantes las tasas de embarazo en las adolescentes (23% en la población general), principalmente en afroamericanas (20%) y nativas (10%) (Szyghethy y Ruiz, 1999).

Recordemos como en la pubertad y adolescencia se dan una serie de características como son: consolidación de la propia identidad, procesos de separación e individuación, énfasis en las relaciones interpersonales, aparición de roles sociales y problemas de transición y procesos de maduración caracterial (Szyghety y Ruiz, 2001).

Las reacciones de las adolescentes, ante el embarazo dependen de:

- * Experiencias tempranas en la infancia.
- * Mecanismos de afrontamiento
- * Características de la personalidad
- * Situaciones vitales.
- * Presencia o no de apoyo emocional, familiar y/o social.
- * Problemas físicos.
- * Funcionamiento psicológico.

Todos estos factores van a modular la respuesta de la embarazada y a favorecer que aparezca la depresión y aumentar el riesgo de suicidio. Los aspectos más prevalentes, desde la perspectiva psicosocial, son: el bajo nivel socio-económico, nutrición y cuidados prenatales pobres, el aumento de riesgo de suicidio y depresiones, abuso de alcohol y drogas, conductas desadaptativas, reaparición de conflictos no resueltos, , aumentan las distorsiones cognitivas y el autoconcepto negativo, se produce un aumento de déficits sociales, aumento de conflictos con el padre del bebe y junto a todo ello una disminución de los recursos y el apoyo social.

A todo ello hay que añadir los problemas legales para el consentimiento para tratamiento, indispensable al ser menores de edad.

Revisemos ahora los cambios sufridos por las mujeres en los distintos estadios del embarazo.

En el primer estadio, desde la concepción hasta el 4º mes encontramos: aumento de los niveles de progesterona; aumento de la fatiga, tamaño de las mamas, dolor en las mismas, nauseas, poliuria... aumento de la latencia o fantasías adolescentes precoces; aumento de la ambivalencia, ansiedad, labilidad del humor, negación, preocupación e incluso pensamiento mágico; sentimientos de cambio corporal; y temores acerca de un posible aborto espontáneo o sobre la salud del feto.

En el segundo estadio del 4º al 7º mes: movimientos fetales, escucha de latidos cardiacos del feto, que se convierte en una entidad separada; fantasías sobre el feto y ansiedad fóbica; adaptación a los cambios en la imagen corporal.

En el tercer estadio, del 7º mes hasta el parto van a aparecer: aumento del malestar corporal, cansancio y problemas de sueño; aumento de la ansiedad ante el parto; temores acerca de cómo asumir la maternidad; aumento de conductas de introspección y aislamiento; aumento de conflictos interpersonales; ambivalencia hacia la propia madre; aumento de las oscilaciones del humor; temor a morir durante el parto y temores acerca de posibles anomalías del niño.

Cuando aparece una depresión durante el embarazo y se precisa un tratamiento antidepressivo son varias las responsabilidades del médico para instaurarlo. Es necesario revisar el perfil riesgo/beneficio del fármaco, informar a la paciente sobre las implicaciones y el control tras el nacimiento, determinar el nivel de exposición a los efectos indeseables y posibles déficits en el recién nacido.

Es fundamental establecer unas Guías clínicas para el tratamiento:

- Evitar todo lo posible la administración de fármacos.
- Evitar especialmente el uso de fármacos durante las 10 primeras semanas tras la concepción.
- Utilizar preferentemente la psicoterapia.
- Si se utiliza un tricíclico elegir Nortriptilina.
- Considerar la opción del electroshock si está indicado por la gravedad de la depresión y el riesgo de suicidio.

La utilización de Antidepresivos y Estabilizadores del humor implica una serie de riesgos que especificaremos en cada uno de ellos, tanto en lo que se refiere a los efectos sobre el feto como en la posible aparición de efectos en el recién nacido, incluida la posible aparición de un síndrome de abstinencia.

Antidepresivos tricíclicos:

No tienen efecto teratogénico, no se afectan las habilidades motoras; no producen anomalías conductuales ni del desarrollo del lenguaje; no afectan a la inteligencia global y no existen diferencias en su administración entre el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo.

Si pueden provocar un síndrome conductual en el recién nacido: cianosis, taquipnea, taquicardia, irritabilidad, hipotonía, temblor, retención urinaria, obstrucción intestinal, dificultades para la alimentación, sudoración profusa y abstinencia secundaria al rebote de la hiperactividad colinérgica.

Antidepresivos ISRS (Inhibidores específicos de la Recaptación de Serotonina):

No hay afectación del desarrollo del lenguaje ni de la inteligencia ni del desarrollo comportamental. No aumentan el riesgo de aborto o parto prematuro.

La exposición a los ISRS durante el tercer trimestre puede provocar partos prematuros, dificultades respiratorias, cianosis, nerviosismo e inquietud y bajo peso al nacer, en los niños.

También pueden inducir la aparición de Manía (Manía farmacógena).

Antidepresivos IMAO Inhibidores de la Monoamino-oxidasa):

Incrementan el riesgo de defectos natales y la posibilidad de crisis hipertensivas. Presentan una interacción peligrosa con los agentes tocolíticos (terbutalina).

Sólo deben emplearse si son absolutamente necesarios.

Veamos, a continuación los riesgos de la administración de fármacos estabilizadores del humor, utilizados sobre todo en los Trastornos bipolares.

Sales de litio (Carbonato de Litio):

Su administración durante los primeros meses de embarazo produce entre un 4 y 12% de anomalías congénitas. Estas anomalías congénitas son cardiovasculares y aparición de neuroblastomas.

Se incrementa la toxicidad en el recién nacido que puede presentar: mala succión al mamar, problemas respiratorios, cianosis, hipotonía, arritmias, disminución de la contractibilidad miocárdica, peso elevado al nacer (37% de los casos), prematuridad (36%), hipotiroidismo transitorio e hipoglucemia. (Szigethy & Wisner, 2000).

Si se utiliza el Litio hay que considerar que aumenta el “aclaramiento” (30-50% durante la segunda mitad del embarazo, aumentando además la dosificación y que disminuye el aclaramiento en el parto. Los niveles de Litio en sangre deben determinarse mensualmente durante la primera mitad del embarazo y semanalmente en la segunda.

Carbamacepina:

Incrementa la toxicidad fetal, aumenta la aclaramiento, que empeora alrededor del parto.

Aumento de los defectos natales.

Su administración durante el primer trimestre del embarazo puede provocar espina bífida, fisuras orofaciales, oídos rotados, puente nasal deprimido, acortamiento de la nariz, alargamiento del labio superior, meningomielocelo, atresia anal, genitales ambiguos, enfermedad cardíaca congénita, torticolis.

Puede aparecer un aumento de las anomalías natales, disminución de la circunferencia de la cabeza y disfunción hepática transitoria.

Acido valproico:

Aumenta la toxicidad fetal y el aclaramiento que empeora en el parto.

Incremento de déficits natales.

La administración durante el primer trimestre puede provocar: espina bífida, fisuras orofaciales, oídos rotados, hundimiento tabique nasal y acortamiento de la nariz,

alargamiento del labio superior, defectos congénitos cráneo-faciales y cardiacos, polidactilia, hipospadias y bajo peso al nacer. (¿Prevención con folato en humanos?)

No tiene efectos sobre el desarrollo del lenguaje ni sobre el motor ni la inteligencia global.

Hay un incremento de las anomalías en el recién nacido.

Puede provocar un fracaso hepático agudo e hiperbilirrubinemia. (Szighetty & Wisner, 2000)

Antipsicóticos:

No producen malformaciones fetales.

Su administración durante el primer trimestre puede dar lugar a anomalías cardiovasculares, óseas y del Sistema Nervioso Central.

Durante el tercer trimestre puede aparecer un aumento de hiperbilirrubinemia, alteración de la regulación de la temperatura, agitación, hipertensión, temblor, reflejos primitivos y pobre succión en el recién nacido.

Benzodiazepinas:

Incremento de la toxicidad en el primer trimestre (Clordiazepóxido)

La administración en el primer trimestre puede provocar: aumento de fisuras orofaciales, malformaciones del tracto urinario, malformaciones del sistema nervioso.

En el recién nacido aumento del síndrome de niño "flácido". Síndrome de abstinencia y toxicidad (letargia, episodios de apnea, hiporreflexia, hipotonía, etc)

Si son indispensables la mejor benzodiazepina es el Lorazepam.

Terapia electroconvulsiva:

Es útil cuando está indicada, cuadros depresivos muy graves y con elevado riesgo de suicidio.

Puede inducir partos prematuros.

Se recomienda la monitorización fetal durante la administración. (Szighetty & Ruiz, 1999).

La FDA ha editado una Tablas en las que los psicofármacos se clasifican en categorías A, B, C y D, siendo aquellos con la D los más peligrosos durante el embarazo, pero tampoco se recomiendan los de categoría C, sólo los de la B en caso de necesidad. También se especifica en ellas cuales de los fármacos pasan la leche materna y obligan

a suprimir la lactancia caso de utilizarse en Trastornos psiquiátricos durante el puerperio.

Estas Tablas pueden consultarse en Text Psychopharm. APPI 1998; PDR, 2001.

Ya hemos mencionado anteriormente que la Psicoterapia es necesaria y puede ser efectiva en la Depresión. La Psicoterapia cognitiva que se ha utilizado que interviene en la habilidades cotidianas examinando aspectos fundamentales de sus vidas: Situación vital, relaciones, recursos y problemas; pensamientos erróneos o alterados,; humor y sentimientos perturbados; síntomas físicos y alteraciones conductuales. También es eficaz la Psicoterapia interpersonal.

Necesidad de la puesta en marcha de recursos sociales, dada en ocasiones la importante desestructuración familiar, en que viven las adolescentes embarazadas.