

GINECOLOGÍA

DEPRESIÓN POSTPARTO Y TRATAMIENTO

Melissa Mora Delgado*

SUMMARY

Postpartum depression comprises a major public health problem. Currently it is defined with the criteria used for major depression in DSM IV, being applied in the postpartum period. Differential diagnosis must be made with entities such as baby blues and postpartum psychosis. Proper diagnosis is important in order to detect those patients who require drug treatment for reducing the risk of morbidity associated with this disease, both for the mother and for the developing child.

INTRODUCCIÓN

El puerperio es el período comprendido entre la terminación del parto y el retorno del organismo femenino a su estado normal pregravídico. Dura aproximadamente de 6 a 8 semanas. El período posparto se caracteriza por un aumento de las tensiones fisiológicas y psicológicas que experimenta la madre.¹⁰ En esta revisión principalmente se abordará la depresión postparto como parte de los trastornos afectivos, siendo esta la complicación

psiquiátrica postparto con mayor trascendencia clínica.

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es una enfermedad común en la mujer adulta ya sea en edad reproductiva, menopausia, embarazo y puerperio.¹ Ocurre el doble que en hombres en etapas de pubertad y reproductivas.³ La depresión en mujeres en edad reproductiva es muy común y no parece ser mayor su prevalencia en la etapa puerperal. Sin embargo sí parece haber una

* Médico General.

Palabras clave: Depresión postparto, puerperio, baby blues, psicosis postparto.

Abreviaturas: DPP: Depresión postparto, DSM-VI: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

relación de episodios depresivos postparto con mayor gravedad y necesidad de hospitalizaciones en esta etapa.^{9,3} Las causas son las mismas encontradas para la depresión general, como los son factores genéticos, eventos adversos, problemas sociales o falta de soporte.¹ Existen estudios que demuestran un factor de causalidad importante como lo es la caída del estrógeno y progesterona en ésta etapa postparto debido a la disminución en la producción placentaria, así como cambios en otras hormonas, pero es aún un tema contradictorio entre diferentes estudios y no del todo probado.^{1,4,3}

CLÍNICA

Los cuadros afectivos relacionados con el período postparto, se pueden clasificar en tres grupos principales según la literatura. Y es imprescindible diferenciarlos entre sí, debido a que requieren un manejo distinto. **Tristeza postparto, Tristeza por el recién nacido o “baby blues”**: Se caracteriza por ser el trastorno del ánimo más frecuente en el puerperio. Presenta una prevalencia de 30-75% en las mujeres, con inicio durante los primeros 3 a 4 días postparto y con una duración de horas a días, no más de 2 semanas. Los síntomas son leves, entre ellos labilidad emocional, facilidad para el

llanto, irritabilidad, problemas de sueño y apetito. Éste trastorno no requiere tratamiento, ya que es autolimitado. Sin embargo es importante diagnosticarlo debido a que presenta un riesgo aumentado de evolucionar a DPP y hasta un 20 % de las mujeres lo desarrollan en el primer año postparto.^{9,3,6}

Psicosis Postparto: Es el trastorno afectivo más severo en el postparto, sin embargo es poco común, con una prevalencia de 0.1% -0.2%, ocurriendo aproximadamente en cada 1-2 casos por 1000 partos. El inicio suele ser rápido entre las primeras 48 a 72 horas postparto y hasta las 2 semanas. Presentando una duración de semanas y la sintomatología se caracteriza por episodios de depresión o estados de euforia, labilidad emocional, ilusiones y alucinaciones. La mayoría de los casos requieren tratamiento médico y hospitalización. Cierta evidencia sugiere que los casos de psicosis puerperal, cumplen criterios de trastorno bipolar y aunque el pronóstico es muy favorable, las mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar episodios de bipolaridad no puerperales.^{9,3}

Depresión Postparto: Es la complicación más común del postparto, afectando aproximadamente un 10 a 15%. La prevalencia es mayor en madres adolescentes con un 26%

de aparición. El cuadro inicia entre las primeras 4 semanas y los primeros 6 meses postparto y presenta una duración de semanas a meses.^{9,6} La clínica en la depresión postparto presenta síntomas como llanto, labilidad emocional, sentimientos de culpabilidad, pérdida de apetito y trastornos del sueño, pérdida de concentración y memoria, fatiga e irritabilidad. Para el diagnóstico se debe cumplir con los criterios de depresión mayor del DSM IV, los síntomas deben persistir por más de 2 semanas e interferir con las funciones de la madre.^{9,4,6} Los síntomas de depresión postparto, son similares a los ocurridos en una depresión fuera de ésta etapa de la vida, sin embargo presentan mayor agitación y culpabilidad, con mayor repercusión clínica para el niño y su desarrollo, la madre y la familia en general.^{9,4} Las mujeres con depresión postparto constituyen un grupo muy heterogéneo, ya que se puede presentar como madres que presentan una distimia crónica, una depresión pre parto no diagnosticada y depresión bipolar.¹ El diagnóstico es un gran reto, ya que muchos de los síntomas también se pueden confundir con cambios normales postparto o secuelas del embarazo y pasan desapercibidos sin indicación de tratamiento. Muchos de los síntomas se atribuyen a los cambios del sueño

de la madre, la pérdida de peso y energía por el cuidado del recién nacido. La depresión postparto es un trastorno donde la mayoría de casos requieren tratamiento y la falla en el diagnóstico puede provocar graves consecuencias como lo son el suicidio materno e infanticidio.^{9,1} La DPP puede ser diagnosticada y tratada en centros de atención primaria, derivando al nivel secundario solo casos seleccionados de mayor severidad.²

FACTORES DE RIESGO

Toda mujer es susceptible a presentar depresión postparto, sin embargo aquellas que cumplen con ciertos factores de riesgo se han relacionado en distintos estudios con un aumento significativo en la aparición. Los factores de riesgo más fuertemente asociados a la aparición de depresión postparto son la presencia de depresión y ansiedad durante el embarazo, los antecedentes personales y heredo-familiares psiquiátricos de la paciente, eventos estresantes (defunciones, divorcios, pérdida de trabajo) y en ciertos casos el embarazo y el parto en sí se catalogan como eventos estresores. Por último el soporte social o ayuda social es un factor protector importante para el desarrollo de depresión postparto.⁹ La mujer que haya

presentado algún episodio de DPP está en riesgo de sufrir episodios similares en partos futuros y en momentos no relacionados al parto.^{9,4,5}

Otros factores de riesgo, con menor evidencia clínica que se deben tomar en cuenta son el tipo de relación marital, factores psicológicos propios de la madre (tipo de personalidad), factores de riesgo obstétricos (complicaciones, cesárea de emergencias) y estado socioeconómico.^{9,1} Es importante reconocer estos factores de riesgo y realizar un adecuado tamizaje durante la consulta prenatal.⁹ Con respecto a medios de tamizaje, la herramienta actualmente más aceptada es la escala de depresión de Edinbirgh, la cuál fue diseñada y validada para la valoración de sintomatología durante el periodo postnatal. Consiste en 10 preguntas, cada una se califica con una puntuación de 0-3 puntos. Es de fácil aplicación y presenta buena sensibilidad y especificidad. Se ha logrado una mayor sensibilidad con un punto de corte de 9-10.^{8,2}

TRATAMIENTO

La elección del tratamiento adecuado en la depresión postparto debe ser cuidadosamente valorada para conseguir los mejores resultados. Las intervenciones no farmacológicas deben

considerarse en primer lugar y de primera elección en depresiones de leves a moderadas. Entre ellas la psicoterapia interpersonal y terapia cognitivo conductual.^{7,6} Siempre iniciar con una evaluación del estado mental de la madre y según la gravedad y los riesgos, valorar cada caso individualmente. Valorar el apoyo familiar y derivar al paciente a grupos de apoyo en casos necesarios. Siempre se debe dar énfasis sobre los beneficios de la lactancia y su adecuada capacitación, para disminuir el riesgo de destete temprano. La recomendación de un tratamiento farmacológico es una decisión compleja que debe valorar los riesgos y beneficios individuales. También se debe considerar los datos sobre la farmacocinética, seguridad, efectos adversos y transporte del fármaco en la leche materna. Una vez elegido el fármaco se recomienda iniciar con la mitad de la dosis habitual e incrementar la dosis paulatinamente, siempre con el criterio de mantener la mínima dosis efectiva y favorecer la monoterapia. Con respecto al riesgo de efectos adversos, no se recomienda la medición rutinaria de los niveles plasmáticos en el recién nacido, solo bajo sospecha de intoxicación. En ciertos casos, se recomienda una adecuada monitorización del lactante, especialmente en

niños prematuros, bajo peso o alguna comorbilidad clínica, esto por una relación con posibles problemas en el metabolismo hepático y renal que aumente el riesgo de intoxicaciones. Esta monitorización se recomienda previo al inicio del tratamiento y posteriormente realizarla según necesidad o sospecha clínica. Se debe realizar una valoración pediátrica previa, donde se aborde principalmente aspectos neurológicos, ritmo de sueño y vigilia, psicomotricidad, irritabilidad, temperamento, ya que en estas áreas se detecta principalmente la intoxicación. Según los estudios, los antidepresivos de primera elección serían la sertralina, paroxetina y los tricíclicos. (Nortriptilina e Imipramina) ya que se ha probado que la cantidad de fármaco en leche materna es mínima y no produce efectos adversos. La fluoxetina por el contrario presenta casos donde el lactante presenta síntomas de llanto, irritabilidad y alteración en sueño y alimentación, posiblemente atribuidos al fármaco. Sin embargo no se ha logrado establecer relación directa. Citalopram y Dosepina también han presentado efectos adversos. En el tratamiento con estrógenos se ha demostrado

efectividad en ciertos estudios, especialmente en pacientes resistentes a antidepresivos, sin embargo se requiere mayor investigación en el tema.^{4,6}

RESUMEN

La depresión postparto comprende un importante problema de salud pública. Actualmente se define con los criterios de depresión mayor del DSM IV, aplicándolos en el periodo del puerperio. Se debe realizar diagnóstico diferencial con entidades como tristeza postparto y psicosis postparto. El diagnóstico adecuado es importante para así poder detectar aquellas pacientes que requieren de tratamiento farmacológico y poder disminuir los riesgos de morbilidad que conlleva esta enfermedad, tanto para la madre, como para el niño en desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brockington I, Diagnosis and management of post-partum Disorders: a review. *World Psychiatry* 3:2 - June 2004 (89-95).
2. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Revisión Médica Chile* 2008; 136: 851-858.

3. Dennis C and Stewart D, Treatment of Postpartum Depression, Part 1: A Critical Review of Biological Interventions. *J Clin Psychiatry* 65:9, September 2004:1242-1251.
4. Hendrick V, Altschuler L, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics* 1998; 39:93-101.
5. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996; 30:852-860.
6. Newport D.J, Hostetter A, Arnold A, Stowe Z. The treatment of postpartum Depression: minimizing infant exposures. *J.Clin Psychiatry* 202;64: 31-44.
7. Olza I, Serrano E, Muñoz C. Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de Psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de Psiquiatría*. 2011;74:2: 1-16.
8. Oquendo M, Lartigue T, González I, Mendez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamizaje para detectar depresión perinatal. *Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo*.
9. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart D. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry* 26 (2004) 289-295
10. Rodríguez A, Córdova A, Álvarez M. Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*