



Seminario n°132: Depresión en el Embarazo

Dra. M^a Francisca Gonzalez, Dr. Daniel
Martin Navarrete, Dra. Daniela Cisternas
Olguín, Dr. Juan Guillermo Rodríguez
Aris

MAPA DE LA RUTA:

DEPRESION EN EL EMBARAZO



- Definición
- Epidemiología
- Factores de Riesgo
- Screening
- Resultados Perinatales
- Manejo
 - Farmacoterapia

Definición

PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. CICLO VITAL - DPTO. SALUD MENTAL

2014

- La **depresión** es una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Se manifiesta en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios (Dpto. Salud Mental MINSAL).
- La depresión se diagnostica en pacientes que han sufrido al menos un episodio depresivo mayor y no tienen antecedentes de manía o hipomanía.

Criterios de diagnóstico del DSM-5 para un episodio depresivo mayor

R. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.

NOTA: No incluya síntomas que sean claramente atribuibles a otra afección médica.

- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como lo indica un informe subjetivo (p. Ej., Se siente triste, vacío, sin esperanza) u observaciones hechas por otros (p. Ej., Parece lloroso). (NOTA: en niños y adolescentes, puede ser un estado de ánimo irritable).
- 2) Disminución notable del interés o placer en todas, o casi todas, las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como lo indica la cuenta subjetiva o la observación)
- 3) Pérdida de peso significativa cuando no hace dieta o no aumenta de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminuye o aumenta el apetito casi todos los días. (NOTA: En niños, considere no lograr el aumento de peso esperado).
- 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- 5) Agitación psicomotora o retraso casi todos los días (observable por otros, no solo sentimientos subjetivos de inquietud o desaceleración)
- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no solo auto-reproche o culpa por estar enfermo)
- 8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea por su cuenta subjetiva o según lo observado por otros)
- 9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas causan angustia o discapacidad clínicamente significativas en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a otra afección médica.

UpToDate®

Reimpresión oficial de UpToDate®
© 2019 UpToDate, Inc. y / o sus filiales.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

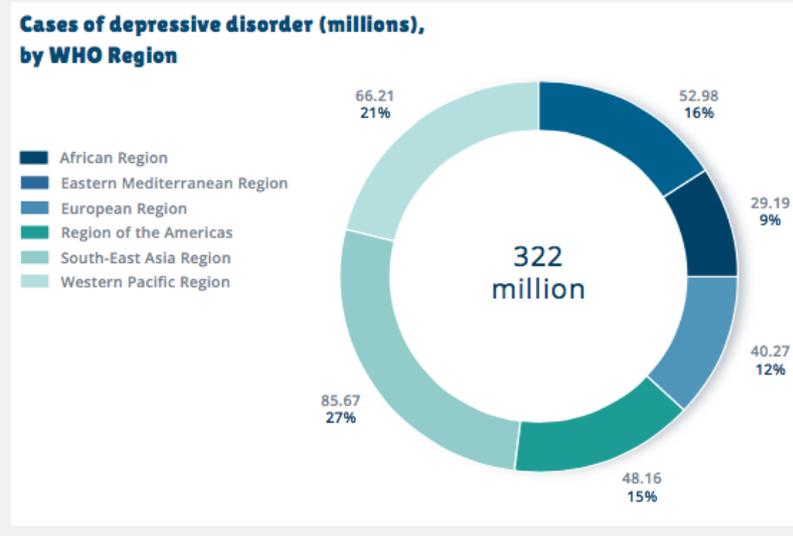
MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5®

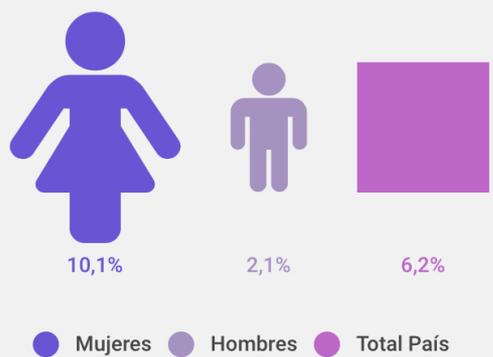
Epidemiología



- A nivel mundial 322 millones de personas padecen depresión.
- En Chile según encuesta de salud 2016-2017 alcanza 6,2%.
- Constituye la tercera patología en tratamiento médico a través de AUGÉ-GES. (ENCUESTA CASEN 2017)



Prevalencia depresión en Chile



WHO Region of the Americas

COUNTRY	PREVALENCE*		HEALTH LOSS / DISEASE BURDEN**	
	Depressive Disorders	Anxiety Disorders	Depressive Disorders	Anxiety Disorders
	Total cases	% of population	Total Years Lived with Disability (YLD)	% of total YLD
Antigua and Barbuda	4 424	5,1%	794	9,0%
Argentina	1 914 354	4,7%	340 420	8,5%
Bahamas	19 138	5,2%	3 413	8,7%
Barbados	14 586	5,4%	2 575	8,0%
Belize	14 956	4,4%	2 713	8,9%
Bolivia (Plurinational State of)	453 716	4,4%	82 101	8,6%
Brazil	11 548 577	5,8%	2 129 960	10,3%
Canada	1 566 903	4,7%	261 307	6,9%
Chile	844 253	5,0%	149 514	8,8%
Colombia	2 177 280	4,7%	388 707	9,4%



DEPRESIÓN PERINATAL: DETECCIÓN Y TRATAMIENTO

PERINATAL DEPRESSION: DETECTION AND TREATMENT

DR. ENRIQUE JADRESIC M. (1)

1. Profesor Asociado de Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Norte. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

- En USA la prevalencia de depresión en mujeres gestantes alcanza aprox un 7%.
- En Chile alrededor del 30% de las embarazadas sufre síntomas inespecíficos de depresión y/o ansiedad. La prevalencia de depresión durante el embarazo es cercana al 10%

Epidemiología

Table 1. Best Estimates of the Epidemiology of Major and Minor Depressive Disorder During Pregnancy and the Postpartum Period

End Date	Major Depressive Disorder			Major or Minor Depressive Disorder		
	% Estimate	95% CI	P	% Estimate	95% CI	P
Point prevalence						
First trimester	3.8	1.0–12.6	.092	11.0	7.6–15.8	.383
Second trimester	4.9	3.1–7.4	.752	8.5	6.6–10.9	.921
Third trimester	3.1	1.1–8.1	.038	8.5	6.5–11.0	.235
3 mo postpartum	4.7	3.6–6.1	.658	12.9	10.6–15.8	.707
Period prevalence						
Conception to birth	12.7	7.1–20.4	—	18.4	14.3–23.3	.931
Birth to 3 mo postpartum	7.1	4.1–11.7	.626	19.2	10.7–31.9	.016
Incidence						
Conception to birth	7.5	3.8–14.2	.116	14.5	8.1–24.4	.192
Birth to 3 mo postpartum	6.5	4.2–9.6	.767	14.5	10.9–19.2	.142

CI, confidence interval.

Data from Gaynes B, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment No. 119. AHRQ Publication No 5-E006-2. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.

CME

Clinical Expert Series

Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women

Kimberly Ann Yonkers, MD, Simone Vigod, MD, FRCPC, and Lori E. Ross, PhD

Factores de Riesgo



Box 2: Risk factors for antenatal depression

Several risk factors for depression in pregnancy have been identified.⁷ Clinicians should remember that depression in pregnancy can occur in the absence of any of these risk factors.

Risk factors with medium and large associations with antenatal depression, and strong evidence in systematic reviews:

- History of mental disorders
- Domestic violence
- Life stress and major or negative life events
- Low socioeconomic status

Risk factors with smaller or inconsistent associations with antenatal depression in systematic reviews:

- Poor social support
- Young maternal age



BMJ 2016;352:i1547 doi: 10.1136/bmj.i1547 (Published 24 March 2016)

Page 1 of 9



CLINICAL REVIEW

Depression in pregnancy

Simone N Vigod *assistant professor, psychiatrist, and Shirley Brown clinician scientist*¹, Claire A Wilson *academic clinical fellow*², Louise M Howard *NIHR research professor*² *professor in women's mental health, and consultant perinatal psychiatrist*²



Screening



PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO

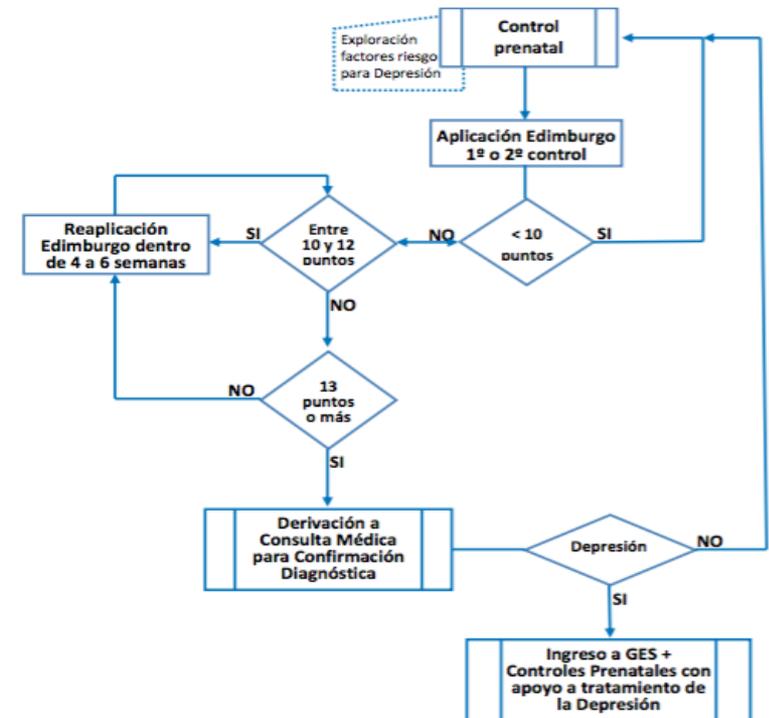
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. CICLO VITAL - DPTO. SALUD MENTAL

2014

1.1. PAUTA EXPLORACIÓN FACTORES DE RIESGO EPISODIO DEPRESIVO EN EMBARAZADAS

FACTOR A EXPLORAR	PRESENTE	AUSENTE	EFECTO DE RIESGO
- Antecedentes familiares de depresión (especialmente la madre)			
- Antecedentes familiares de suicidio			
- Antecedentes familiares de otros trastornos mentales (del estado de ánimo, de ansiedad, debido al uso de sustancias)			
- Ansiedad Materna			
- Falta de apoyo social, especialmente de la pareja			
- Violencia doméstica			
- Embarazo no deseado			
- No vivir con la pareja			

ALGORITMO DETECCIÓN DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO





Screening



PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. CICLO VITAL - OPTO. SALUD MENTAL

2014

Cuestionario de depresión PHQ-9

Nombre:	Fecha:			
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?	De ningún modo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer las cosas.	0	1	2	3
Sentirse deprimido, deprimido o desesperado.	0	1	2	3
Problemas para conciliar el sueño, quedarse dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado o tener poca energía.	0	1	2	3
Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentirse mal consigo mismo, o que es un fracaso, o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
Problemas para concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
¿Moverse o hablar tan lentamente que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario, ser tan inquieto o inquieto que te has estado moviendo mucho más de lo habitual.	0	1	2	3
Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Total ___ =	___	+ ___	+ ___	+ ___
Puntuación PHQ-9 ≥10: depresión mayor probable				
Rangos de puntaje de depresión:				
5 a 9: leve				
10 a 14: moderado				
15 a 19: moderadamente grave				
≥20: grave				
Si marcó algún problema, ¿qué tan difícil le han dificultado hacer su trabajo, cuidar las cosas en casa o llevarse bien con otras personas?	No es nada difícil ___	Algo difícil ___	Muy difícil ___	Extremadamente difícil ___

Escala Depresión de Edimburgo para Embarazo y Posparto

Como usted está embarazada o hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque con una X el casillero con la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días

1	He sido capaz de reirme y ver el lado divertido de las cosas	a) Tanto como siempre b) No tanto ahora c) Mucho menos ahora d) No, nada	
2	He disfrutado mirar hacia delante	a) Tanto como siempre b) Menos que antes c) Mucho menos que antes d) Casi nada	
3	Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mí misma innecesariamente	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
4	He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo	a) No, nunca b) Casi nunca c) Sí, a veces d) Sí, con mucha frecuencia	
5	He sentido miedo o he estado asustada sin tener motivo	a) No, nunca b) No, no mucho c) Sí, a veces d) Sí, bastante	
6	Las cosas me han estado abrumando	a) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre b) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien c) Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre d) Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	
7	Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
8	Me he sentido triste o desgraciada	a) No, nunca b) No con mucha frecuencia c) Sí, a veces d) Sí, la mayor parte del tiempo	
9	Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	a) No, nunca b) Sólo ocasionalmente c) Sí, bastante a menudo d) Sí, la mayor parte del tiempo	
10	Se me ha ocurrido la idea de hacermé daño	a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Sí, bastante a menudo	

UpToDate®

Reimpresión oficial de UpToDate®
© 2019 UpToDate, Inc. y / o sus filiales. 1

Interpretación

DURANTE EL EMBARAZO	EN EL POSPARTO
Una puntuación de 13 o más puntos indica sospecha de depresión.	Una puntuación de 10 o más puntos indica sospecha de depresión posparto.
Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de devaluación adicional dentro de 24 horas	

A las respuestas se les otorga un puntaje de 0, 1, 2 y 3 de acuerdo a la letra marcada:
a) = 0 puntos; b) = 1 punto; c) = 2 puntos d) = 3 puntos

El puntaje total se calcula sumando los puntajes para cada uno de los 10 ítems.



COMMITTEE OPINION

Number 630 • May 2015

(Replaces Committee Opinion Number 453, February 2010)

Committee on Obstetric Practice

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Screening



Screening for Perinatal Depression

Table 1. Depression Screening Tools ←

Screening Tool	Number of Items	Time to Complete (Minutes)	Sensitivity and Specificity	Spanish Available
Edinburgh Postnatal Depression Scale	10	Less than 5	Sensitivity 59–100% Specificity 49–100%	Yes
Postpartum Depression Screening Scale	35	5–10	Sensitivity 91–94% Specificity 72–98%	Yes
Patient Health Questionnaire 9	9	Less than 5	Sensitivity 75% Specificity 90%	Yes
Beck Depression Inventory	21	5–10	Sensitivity 47.6–82% Specificity 85.9–89%	Yes
Beck Depression Inventory-II	21	5–10	Sensitivity 56–57% Specificity 97–100%	Yes
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	20	5–10	Sensitivity 60% Specificity 92%	Yes
Zung Self-rating Depression Scale	20	5–10	Sensitivity 45–89% Specificity 77–88%	No

Screening Suicidio

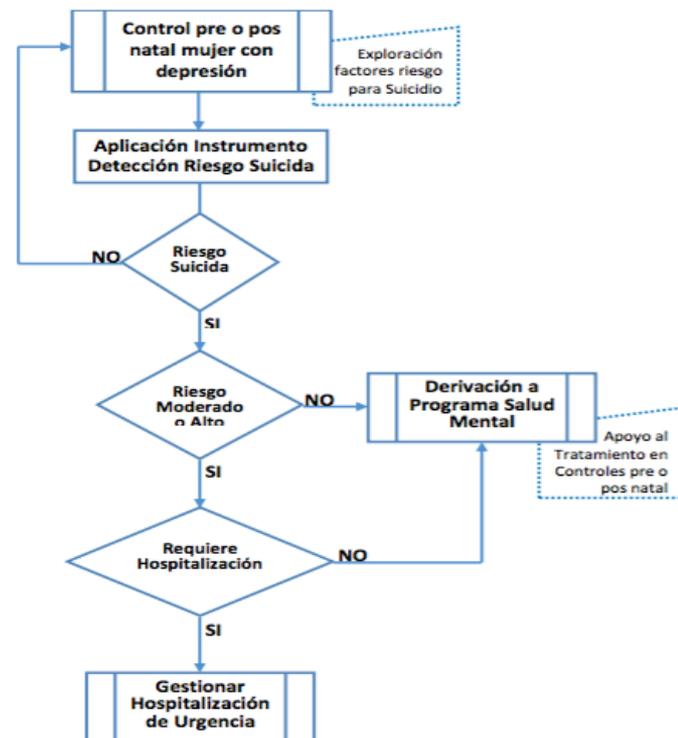
PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y POSPARTO Y APOYO AL TRATAMIENTO

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPTO. CICLO VITAL - DPTO. SALUD MENTAL

2014

¿Has pensado alguna vez que la vida no vale la pena?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has deseado alguna vez estar muerto?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has pensado alguna vez terminar con tu vida?	nunca	0
	casi nunca	1
	algunas veces,	2
	muchas veces	3
¿Has intentado suicidarte?	ningún intento	0
	un intento	1
	dos intentos	2
	tres o más intentos	3

ALGORITMO DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO EN MUJERES CON DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO O POSPARTO



- **Escala de suicidalidad de osaka:** La sumatoria del puntaje de las 3 primeras preguntas, conforma el subpuntaje de ideación suicida, que puede oscilar entre 0 y 9 puntos.
- La puntuación total de la escala de suicidalidad puede oscilar entre 0 y 12 puntos. El punto de corte es mayor o igual a 5 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad.

BMJ Open Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland

Sari Räisänen,^{1,2} Solli M Lehto,^{3,4} Henriette Svarre Nielsen,⁵ Mika Gissler,^{6,7} Michael R Kramer,¹ Seppo Heinonen^{2,8}



Resultados Perinatales

Table 3 Adjusted ORs of major depression during pregnancy associated with adverse perinatal outcomes among singleton births in Finland from 2002 to 2010

Perinatal outcome	Model 1 adjusted by major depression during pregnancy OR (95% CI)	Model 2 adjusted by model 1+age and parity OR (95% CI)	Model 3 adjusted by model 2+SES OR (95% CI)	Model 4 adjusted by model 2 +smoking OR (95% CI)	Model 5 adjusted by model 2+SES and smoking OR (95% CI)
Admission to a NICU	1.79 (1.65 to 1.95)	1.78 (1.64 to 1.94)	1.78 (1.64 to 1.93)	1.68 (1.55 to 1.83)	1.69 (1.55 to 1.84)
Stillbirth	1.97 (1.33 to 2.93)	2.01 (1.35 to 2.99)	1.86 (1.25 to 2.76)	1.88 (1.27 to 2.80)	1.77 (1.19 to 2.63)
Early neonatal death	1.08 (0.49 to 2.42)	1.13 (0.50 to 2.51)			
Preterm birth (<37 weeks)	1.57 (1.39 to 1.77)	1.57 (1.39 to 1.77)	1.55 (1.37 to 1.75)	1.49 (1.32 to 1.68)	1.48 (1.31 to 1.67)
LBW (<2500 g)	1.56 (1.36 to 1.79)	1.55 (1.35 to 1.79)	1.53 (1.33 to 1.76)	1.37 (1.19 to 1.58)	1.36 (1.18 to 1.56)
SGA (<-2 SD below mean birth weight)	1.46 (1.27 to 1.67)	1.41 (1.23 to 1.62)	1.39 (1.21 to 1.59)	1.18 (1.03 to 1.36)	1.17 (1.02 to 1.35)
Apgar scores (<7 at 5 min)*	2.13 (1.79 to 2.54)	2.11 (1.77 to 2.51)	2.07 (1.74 to 2.47)	2.05 (1.72 to 2.45)	2.02 (1.70 to 2.41)
Fetal venous pH <7.15 at birth*,†	1.37 (1.06 to 1.76)	1.32 (1.03 to 1.71)	1.33 (1.03 to 1.72)	1.35 (1.05 to 1.74)	1.36 (1.06 to 1.76)
Major congenital anomaly	1.47 (1.29 to 1.67)	1.48 (1.29 to 1.69)	1.47 (1.29 to 1.68)	1.44 (1.26 to 1.65)	1.44 (1.26 to 1.64)

*Available since 2004.

†Gathered selectively by indication.

LBW, low birth weight; NICU, neonatal intensive care unit; SES, socioeconomic status; SGA, small-for-gestational age.

- Los resultados de los embarazos fueron peores entre las mujeres con depresión mayor que sin ellas.

ACOG PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 92, APRIL 2008

(Replaces Practice Bulletin Number 87, November 2007)

Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation

Table 1. Impact of Psychiatric Illness on Pregnancy Outcome

Illness	Teratogenic Effects	Impact on Outcome	
		Obstetric	Neonatal
Anxiety disorders	N/A	Increased incidence of forceps deliveries, prolonged labor, precipitate labor, fetal distress, preterm delivery, and spontaneous abortion	Decreased developmental scores and inadaptability; slowed mental development at 2 years of age
Major depression	N/A	Increased incidence of low birth weight, decreased fetal growth, and postnatal complications	Increased newborn cortisol and catecholamine levels, infant crying, rates of admission to neonatal intensive care units
Bipolar disorder	N/A	See major depression	See major depression

Manejo



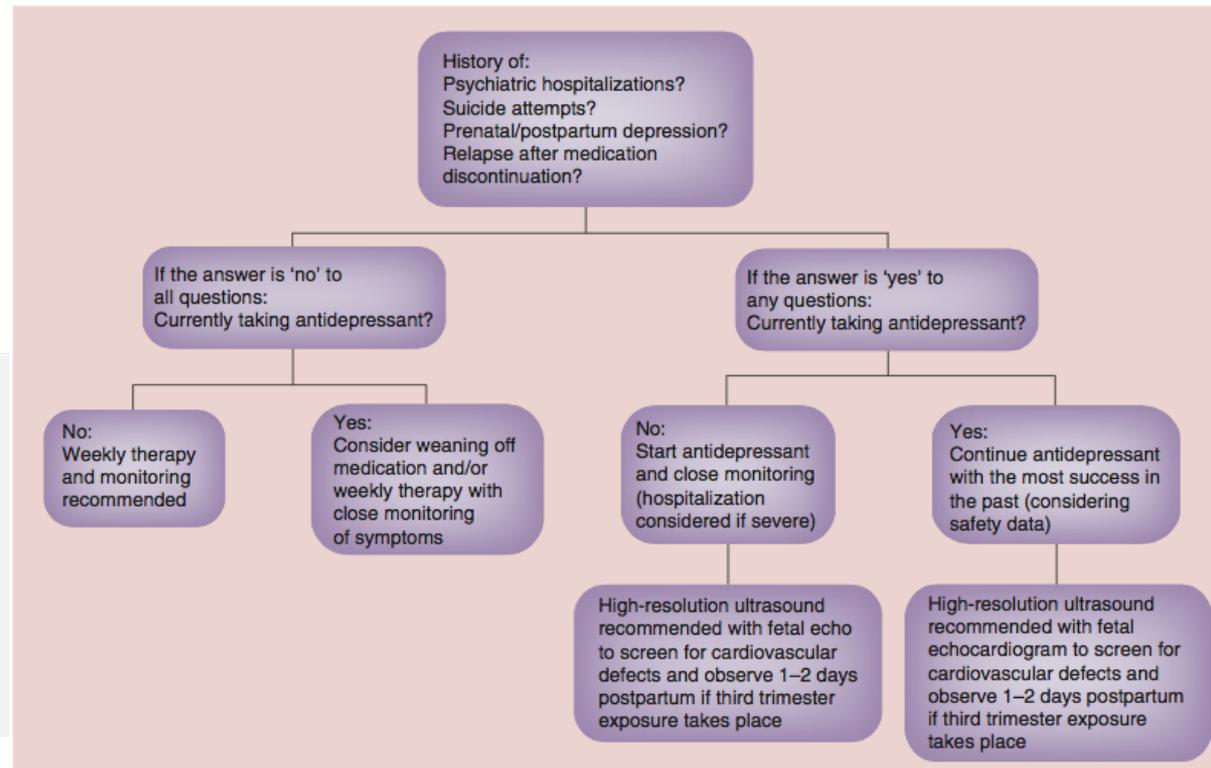
For reprint orders, please contact: reprints@futuremedicine.com

Managing depression during pregnancy

Alison Reminick¹, Stacy Cohen¹ & Adrienne Einarson^{*2}

The risks of untreated depression during pregnancy

- Maternal risks of untreated antenatal depression are as follows:
 - Impaired functioning;
 - Use of tobacco, alcohol and illicit drugs;
 - Missed postnatal care visits;
 - Use of medications;
 - Suicide;
 - Termination of wanted pregnancy;
 - Postpartum depression.
- Obstetrical risks of untreated depression during pregnancy are as follows:
 - Uterine artery resistance;
 - Spontaneous abortion;
 - Gestational hypertension, diabetes and pre-eclampsia;
 - Preterm delivery;
 - Operative delivery;
 - Low birth weight/fetal growth retardation;
 - Low Apgar scores/infant admission to a special-care nursery.



Manejo



CERPO

6

Psychological treatments for perinatal depression



Scott Stuart, MD, Professor of Psychiatry and Psychology^{a,*},
 Hristina Koleva, MD, Clinical Assistant Professor of Psychiatry^b

- Existen tratamientos psicológicos validados empíricamente para la depresión durante el embarazo. Los principales son la psicoterapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual, que han demostrado ser efectivas para la depresión leve a severa.
- La evidencia no es concluyente para hacer recomendaciones para la acupuntura específica para la depresión, el masaje materno, la terapia con luz brillante y los ácidos grasos omega-3 para el tratamiento de la depresión prenatal. Los ensayos incluidos fueron demasiado pequeños con muestras no generalizables para hacer recomendaciones.

Practice points

- ITP and CBT for perinatal depression is of benefit.
- Psychotherapies adapted for perinatal women have greater benefit than those that are not.
- Manualised psychotherapies have greater effect than non-specific therapy and should be used if possible.
- Alternative delivery methods, such as phone therapy or internet-delivered treatment, show great promise.
- Psychotherapy can be combined with medication in perinatal women.

Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression (Review)

Dennis CL, Dowswell T



THE COCHRANE
 COLLABORATION®

Manejo: Farmacoterapia



Table 2. Psychiatric Medications in Pregnancy and Lactation* (continued)

Generic Name	Trade Name	Pregnancy Risk Category ¹	American Academy of Pediatrics Rating ²
<i>Antidepressants (continued)</i>			
<i>Other Antidepressants (continued)</i>			
Trazodone	Desyrel	C _m	Unknown, of concern
Venlafaxine	Effexor	C _m	N/A
<i>Tricyclic and Heterocyclic Antidepressants</i>			
Amitriptyline	Elavil, Endep	C _m	Unknown, of concern
Amoxapine	Asendin	C _m	Unknown, of concern
Clomipramine	Anafranil	C _m	Unknown, of concern ³
Desipramine	Norpramin	C	Unknown, of concern
Doxepin	Sinequan, Adapin	C	Unknown, of concern
Imipramine	Tofranil	C	Unknown, of concern
Maprotiline	Ludiomil	B _m	N/A
Nortriptyline	Pamelor, Aventyl	C	Unknown, of concern ³
Protriptyline	Vivactil	C	N/A
<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i>			
Citalopram	Celexa	C _m	N/A
Escitalopram	Lexapro	C _m	N/A
Fluoxetine	Prozac	C _m	Unknown, of concern
Fluvoxamine	Luvox	C _m	Unknown, of concern
Paroxetine	Paxil	D _m	Unknown, of concern
Sertraline	Zoloft	C _m	Unknown, of concern
<i>Other Antidepressants</i>			
Bupropion	Wellbutrin	B _m	Unknown, of concern
Duloxetine	Cymbalta	C _m	N/A
Mirtazapine	Remeron	C _m	N/A
Nefazodone	Serzone	C _m	N/A

TABLA 3. 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 Estados Unidos.

ACOG PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR
OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS
NUMBER 92, APRIL 2008

(Replaces Practice Bulletin Number 87, November 2007)

Use of Psychiatric Medications During Pregnancy and Lactation

Manejo: Farmacoterapia



Table 3 Antidepressant use during pregnancy and the risk of major congenital malformations in a cohort of depressed pregnant women

	Unexposed n=14 847	Exposed during the first trimester of pregnancy n=3640				Crude prevalence OR (95% CI)	Adjusted* prevalence OR (95% CI)
		SSRI n=2327	SNRI n=738	TCA n=382	Other antidepressants n=193		
Major congenital malformations overall	1650 (11.1)	279 (12.0)	91 (12.3)	51 (13.4)	21 (10.9)	Non-exposed SSRI Ref. 1.09 (0.95 to 1.25)	Ref. 1.07 (0.93 to 1.22)
						SNRI 1.12 (0.89 to 1.41)	1.10 (0.87 to 1.38)
						TCA 1.23 (0.91 to 1.67)	1.16 (0.86 to 1.56)
						Other antidepressants 0.96 (0.61 to 1.52)	0.93 (0.59 to 1.47)

*Adjusted for maternal age, welfare status, diabetes, hypertension, asthma and other medication uses including benzodiazepines as well as healthcare usage in the year prior and during the first trimester.

SNRI, serotonin–norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitors; TCA, tricyclic antidepressants.

Open Access

Research

BMJ Open Antidepressant use during pregnancy and the risk of major congenital malformations in a cohort of depressed pregnant women: an updated analysis of the Quebec Pregnancy Cohort

Anick Bérard,^{1,2} Jin-Ping Zhao,^{1,2} Odile Sheehy¹

Manejo: Farmacoterapia



CERPO

Table 4 Type of antidepressant use during pregnancy and the risk of major congenital malformations as well as organ-specific malformations in a cohort of depressed pregnant women

Congenital malformations	Crude prevalence OR (95% CI)	Adjusted* prevalence OR (95% CI)
Major congenital malformations overall		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.39 (1.15 to 1.68)	1.24 (0.99 to 1.55)
Sertraline	1.13 (0.83 to 1.55)	1.09 (0.80 to 1.50)
Citalopram[AQ3]	1.41 (1.11 to 1.78)	1.36 (1.08 to 1.73)
Fluoxetine	0.83 (0.51 to 1.35)	0.80 (0.49 to 1.31)
Fluvoxamine	0.63 (0.23 to 1.75)	0.63 (0.23 to 1.77)
Venlafaxine	1.12 (0.89 to 1.41)	1.10 (0.87 to 1.38)
Tricyclic antidepressants	1.23 (0.91 to 1.67)	1.16 (0.86 to 1.56)
Other antidepressants	0.96 (0.61 to 1.52)	0.93 (0.59 to 1.47)
Nervous system		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.37 (0.75 to 2.49)	1.34 (0.74 to 2.42)
Sertraline	1.79 (0.73 to 4.38)	1.72 (0.69 to 4.26)
Citalopram	1.32 (0.57 to 3.02)	1.28 (0.55 to 2.93)
Fluoxetine	0.68 (0.10 to 4.80)	0.64 (0.09 to 4.52)
Fluvoxamine	2.39 (0.33 to 17.05)	2.44 (0.33 to 18.11)
Venlafaxine	1.20 (0.55 to 2.59)	1.19 (0.55 to 2.58)
Tricyclic antidepressants	0.68 (0.17 to 2.72)	0.60 (0.15 to 2.38)
Other antidepressants	1.34 (0.33 to 5.40)	1.21 (0.30 to 4.89)
Eye, ear, face and neck		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	0.76 (0.31 to 1.88)	0.75 (0.30 to 1.86)
Sertraline	0.47 (0.07 to 3.40)	0.44 (0.06 to 3.18)
Citalopram	1.18 (0.43 to 3.23)	1.13 (0.41 to 3.09)
Fluoxetine	0.91 (0.13 to 6.47)	0.85 (0.12 to 5.94)
Venlafaxine	0.70 (0.22 to 2.22)	0.70 (0.22 to 2.19)
Tricyclic antidepressants	2.74 (1.19 to 6.30)	2.45 (1.05 to 5.72)
Other antidepressants	1.80 (0.44 to 7.36)	1.71 (0.41 to 7.15)
Circulatory system		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.17 (0.83 to 1.65)	1.13 (0.79 to 1.60)
Sertraline	1.31 (0.75 to 2.30)	1.25 (0.71 to 2.19)
Citalopram	1.31 (0.84 to 2.06)	1.27 (0.81 to 1.99)
Fluoxetine	0.56 (0.18 to 1.76)	0.52 (0.16 to 1.65)
Fluvoxamine	2.06 (0.64 to 6.61)	2.00 (0.62 to 6.47)
Venlafaxine	0.78 (0.47 to 1.30)	0.77 (0.46 to 1.27)
Tricyclic antidepressants	1.04 (0.56 to 1.91)	0.96 (0.52 to 1.77)
Other antidepressants	0.94 (0.38 to 2.31)	0.88 (0.36 to 2.13)
Respiratory system		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	0.98 (0.43 to 2.23)	0.95 (0.41 to 2.21)
Fluoxetine	1.93 (0.47 to 7.90)	1.93 (0.47 to 7.85)
Venlafaxine	2.25 (1.13 to 4.50)	2.17 (1.07 to 4.38)
Tricyclic antidepressants	0.96 (0.24 to 3.91)	0.90 (0.22 to 3.61)
Other antidepressants	1.91 (0.47 to 7.82)	1.79 (0.44 to 7.32)

Digestive system		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	0.97 (0.55 to 1.71)	0.96 (0.54 to 1.71)
Sertraline	1.15 (0.47 to 2.83)	1.13 (0.46 to 2.77)
Citalopram	1.16 (0.57 to 2.37)	1.13 (0.55 to 2.32)
Fluoxetine	0.88 (0.22 to 3.58)	0.87 (0.21 to 3.56)
Venlafaxine	0.91 (0.45 to 1.85)	0.89 (0.44 to 1.83)
Tricyclic antidepressants	2.70 (1.49 to 4.89)	2.55 (1.40 to 4.66)
Other antidepressants	0.44 (0.06 to 3.10)	0.42 (0.06 to 2.98)
Genital organs		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	0.80 (0.42 to 1.53)	0.79 (0.41 to 1.52)
Sertraline	0.97 (0.35 to 2.72)	0.90 (0.31 to 2.61)
Citalopram	0.93 (0.41 to 2.13)	0.86 (0.37 to 1.99)

Manejo: Farmacoterapia



CERPO

Congenital malformations	Crude prevalence OR (95% CI)	Adjusted* prevalence OR (95% CI)
Fluoxetine	0.50 (0.07 to 3.45)	0.50 (0.07 to 3.35)
Venlafaxine	0.74 (0.30 to 1.81)	0.69 (0.29 to 1.67)
Tricyclic antidepressants	1.24 (0.51 to 3.01)	1.12 (0.46 to 2.72)
Other antidepressants	0.91 (0.23 to 3.58)	0.83 (0.21 to 3.27)
Urinary system		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	0.46 (0.19 to 1.13)	0.47 (0.19 to 1.14)
Sertraline	0.86 (0.27 to 2.73)	0.86 (0.27 to 2.71)
Citalopram	0.18 (0.03 to 1.28)	0.18 (0.02 to 1.26)
Fluoxetine	0.55 (0.08 to 3.94)	0.56 (0.08 to 4.00)
Venlafaxine	1.43 (0.75 to 2.73)	1.43 (0.75 to 2.73)
Tricyclic antidepressants	0.83 (0.26 to 2.60)	0.80 (0.25 to 2.57)
Other antidepressants	0.54 (0.08 to 3.91)	0.54 (0.08 to 3.86)
Musculoskeletal system		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.02 (0.75 to 1.37)	1.01 (0.75 to 1.37)
Sertraline	1.06 (0.64 to 1.76)	1.03 (0.62 to 1.71)
Citalopram	1.96 (1.44 to 2.68)	1.92 (1.40 to 2.62)
Fluoxetine	1.00 (0.49 to 2.04)	0.99 (0.48 to 2.01)
Fluvoxamine	0.88 (0.21 to 3.58)	0.87 (0.21 to 3.57)
Venlafaxine	1.32 (0.95 to 1.84)	1.30 (0.93 to 1.80)
Tricyclic antidepressants	0.88 (0.51 to 1.51)	0.84 (0.49 to 1.44)
Other antidepressants	0.85 (0.40 to 1.83)	0.83 (0.39 to 1.80)
Cardiac malformations		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.49 (1.11 to 2.00)	1.45 (1.12 to 1.88)
Sertraline	1.19 (0.63 to 2.25)	1.14 (0.60 to 2.15)
Citalopram	1.18 (0.71 to 1.97)	1.15 (0.69 to 1.92)
Fluoxetine	0.45 (0.11 to 1.82)	0.42 (0.10 to 1.73)
Fluvoxamine	2.45 (0.76 to 7.87)	2.44 (0.75 to 7.95)
Venlafaxine	0.81 (0.47 to 1.40)	0.80 (0.47 to 1.38)
Tricyclic antidepressants	1.12 (0.59 to 2.13)	1.05 (0.55 to 1.99)
Other antidepressants	0.89 (0.33 to 2.42)	0.84 (0.31 to 2.27)
Ventricular/atrial septal defect		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.43 (1.17 to 1.75)	1.39 (1.00 to 1.93)
Sertraline	1.36 (0.69 to 2.65)	1.33 (0.68 to 2.60)
Citalopram	1.41 (0.83 to 2.39)	1.39 (0.82 to 2.36)
Fluoxetine	0.57 (0.14 to 2.30)	0.55 (0.14 to 2.27)
Fluvoxamine	2.03 (0.49 to 8.36)	2.10 (0.51 to 8.71)
Venlafaxine	0.74 (0.39 to 1.39)	0.73 (0.39 to 1.39)
Tricyclic antidepressants	1.14 (0.56 to 2.32)	1.10 (0.54 to 2.24)
Other antidepressants	1.14 (0.42 to 3.08)	1.11 (0.41 to 2.97)
Craniosynostosis		
Non-exposed	1.00	1.00
Paroxetine	1.44 (0.69 to 2.99)	1.53 (0.72 to 3.25)
Sertraline	2.24 (0.82 to 6.16)	2.29 (0.83 to 6.36)
Citalopram	3.89 (2.06 to 7.35)	3.95 (2.08 to 7.52)
Fluoxetine	1.07 (0.15 to 7.65)	1.14 (0.16 to 8.21)
Venlafaxine	1.38 (0.56 to 3.43)	1.41 (0.57 to 3.52)

Antidepressant Use in Pregnancy and the Risk of Cardiac Defects

Krista F. Huybrechts, Ph.D., Kristin Palmsten, Sc.D., Jerry Avorn, M.D., Lee S. Cohen, M.D., Lewis B. Holmes, M.D., Jessica M. Franklin, Ph.D., Helen Mogun, M.S., Raisa Levin, M.S., Mary Kowal, B.A., Soko Setoguchi, M.D., Dr.P.H., and Sonia Hernández-Díaz, M.D., Dr.P.H.

Antidepressivos



CERPO

- DEFECTOS CARDIACOS:

Table 2. Absolute Risk of Congenital Cardiac Malformations among Infants Born to Mothers with Antidepressant Exposure and Infants Born to Mothers without Exposure, According to Antidepressant Category in the Overall Cohort.*

Exposure Group	Total No. of Women	Any Cardiac Malformation		Right Ventricular Outflow Tract Obstruction		Ventricular Septal Defect		Other Cardiac Malformation	
		Events	Risk	Events	Risk	Events	Risk	Events	Risk
		<i>no. of affected infants</i>	<i>no./10,000 infants</i>	<i>no. of affected infants</i>	<i>no./10,000 infants</i>	<i>no. of affected infants</i>	<i>no./10,000 infants</i>	<i>no. of affected infants</i>	<i>no./10,000 infants</i>
No exposure	885,115	6403	72.3	1045	11.8	3212	36.3	3232	36.5
Any antidepressant	64,389	580	90.1	84	13.0	286	44.4	318	49.4
SSRI	46,144	416	90.2	61	13.2	201	43.6	226	49.0
Paroxetine	11,126	93	83.6	16	14.4	44	39.5	48	43.1
Sertraline	14,040	129	91.9	17	12.1	63	44.9	71	50.6
Fluoxetine	11,048	99	89.6	16	14.5	48	43.4	55	49.8
Tricyclic antidepressant	5,954	42	70.5	8	13.4	24	40.3	18	30.2
SNRI	6,904	75	108.6	12	17.4	39	56.5	38	55.0
Bupropion	8,856	76	85.8	11	12.4	39	44.0	49	55.3
Other antidepressant	7,055	74	104.9	8	11.3	31	43.9	46	65.2

Antidepresivos



ORIGINAL ARTICLE

Antidepressant Use and Risk for Preeclampsia

Kristin Palmsten,^a Krista F. Huybrechts,^b Karin B. Michels,^{a,c,d} Paige L. Williams,^e Helen Mogun,^b Soko Setoguchi,^{a,f} and Sonia Hernández-Díaz^a

TABLE 3. RRs and 95% CIs Comparing the Risk for Preeclampsia Between Women in the Monotherapy Exposure Groups With Specific Antidepressant Exposures and Women Without Antidepressant Exposure, Restricted to Women With Depression: Medicaid Analytic eExtract, 2000–2007

Exposure Group (Specific Antidepressant)	N	Women with Preeclampsia		Delivery Year Adjusted		Fully Adjusted ^a	
		No.	%	RR	(95% CI)	RR	(95% CI)
SSRI monotherapy							
Sertraline	7,143	398	6	1.03	(0.93–1.13)	1.03	(0.93–1.14)
Fluoxetine	5,650	299	5	0.98	(0.88–1.10)	0.97	(0.87–1.09)
Paroxetine	3,517	183	5	0.99	(0.85–1.14)	0.99	(0.86–1.15)
Escitalopram	1,936	125	6	1.15	(0.97–1.37)	1.14	(0.96–1.36)
Citalopram	1,680	91	5	1.02	(0.83–1.24)	1.01	(0.82–1.23)
SNRI monotherapy							
Venlafaxine	1,113	100	9	1.64	(1.36–1.98)	1.57	(1.29–1.91)
Duloxetine ^b			7	1.13	(0.55–2.30)	0.89	(0.43–1.83)
Tricyclic monotherapy							
Amitriptyline	271	31	11	2.09	(1.49–2.92)	1.72	(1.24–2.40)
Other monotherapy							
Trazodone	339	14	4	0.76	(0.45–1.27)	0.63	(0.38–1.05)
Mirtazapine	253	14	6	1.05	(0.63–1.74)	0.81	(0.50–1.34)
Unexposed	59,219	3,215	5		Reference		Reference

- ABORTO ESPONTANEO: > riesgo. OR 1.60 (1.01- 2.53)

- TRASTORNO HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO : el riesgo de preeclampsia fue mayor entre las que recibieron IRSN (RR: 1.52, IC 95% = 1.26-1.83) y monoterapia tricíclica (RR: 1.62, IC 95% = 1.23-2.12), pero no la monoterapia con ISRS (RR: 1,00; IC del 95% = 0,93-1,07) u otros antidepresivos.

RESEARCH

Use of antidepressants near delivery and risk of postpartum hemorrhage: cohort study of low income women in the United States

OPEN ACCESS

Kristin Palmsten *postdoctoral research fellow*¹, Sonia Hernández-Díaz *associate professor*¹, Krista F Huybrechts *instructor*², Paige L Williams *senior lecturer*³, Karin B Michels *associate professor*^{4,5}, Eric D Achtyes *assistant professor*⁶, Helen Moqun *programmer*⁷, Soko Setoguchi *associate professor*^{1,7}

Antidepressivos



CERPO

- **HEMORRAGIA POSTPARTO:** La exposición a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina y los tricíclicos, cerca del momento del parto, se asoció con un riesgo aumentado de 1.4 a 1.9 veces de hemorragia posparto.

Table 2 | Relative risks (RR) and 95% confidence intervals (CI) comparing risk for postpartum hemorrhage in pregnant women exposed to antidepressants

Exposure Group	Total	No (%) of women with postpartum hemorrhage	RR (95% CI)	
			Adjusted for delivery year ^a	Fully adjusted [†]
SRI monotherapy:				
Current	12710	503 (4.0)	1.44 (1.30 to 1.58)	1.47 (1.33 to 1.62)
Recent	6096	196 (3.2)	1.17 (1.01 to 1.35)	1.19 (1.03 to 1.38)
Past	10416	264 (2.5)	0.92 (0.81 to 1.05)	0.93 (0.82 to 1.06)
Non-SRI monotherapy:				
Current	1495	56 (3.8)	1.36 (1.05 to 1.77)	1.39 (1.07 to 1.81)
Recent	829	26 (3.1)	1.15 (0.79 to 1.68)	1.17 (0.80 to 1.70)
Past	2132	73 (3.4)	1.24 (0.99 to 1.56)	1.26 (1.00 to 1.59)
Unexposed	69044	1896 (2.8)	Reference	Reference

- **PARTO PREMATURO: y BAJO PESO AL NACIMIENTO:** Existe asociación significativa con BPN (RR: 1,44, intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,21-1,70) y PTB (RR: 1,69, IC del 95%: 1,52-1,88)

Table 2

Effect of antenatal antidepressant exposure on outcomes of LBW and PTB

Outcome	No. of studies	RR ^a % (95% CI)	P value	Heterogeneity		
				Q _{df} within	P value	% Variance explained
LBW	15	1.44 (1.21–1.70)	<.001	37.1 ₁₄	.001	62
PTB	28	1.69 (1.52–1.88)	<.001	49.4 ₂₇	.005	45

Abbreviations: No. indicates number; *df*, degrees of freedom.

^a Pooled effect size estimated using the random-effects model.

Psychiatric–Medical Comorbidity

The Psychiatric–Medical Comorbidity section will focus on the prevalence and impact of psychiatric disorders in patients with chronic medical illness as well as the prevalence and impact of medical disorders in patients with chronic psychiatric illness.

A meta-analysis of the relationship between antidepressant use in pregnancy and the risk of preterm birth and low birth weight^{☆,☆☆,★}

Hsiang Huang, M.D., M.P.H.^{a,*}, Shane Coleman, M.D., M.P.H.^b, Jeffrey A. Bridge, Ph.D.^c, Kimberly Yonkers, M.D.^d, Wayne Katon, M.D.^b

Antidepresivos

- HIPERTENSION PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIEN NACIDO: parece aumentar para los lactantes expuestos a ISRS al final del embarazo.
- SINDROME ADAPTACION NEONATAL

Box 4: Neonatal adaptation syndrome

Symptoms of neonatal adaptation syndrome (NAS) tend to begin within 48 hours of birth, are usually short lived (median three days), and last no longer than four weeks from birth.⁶⁵ Symptoms can include:

- Insomnia
- Agitation, tremors, or shivering
- Altered tone
- Restlessness or irritability
- Poor feeding, vomiting, or diarrhoea
- Dysregulated temperature control
- Tachypnoea, respiratory distress, nasal congestion, or cyanosis (rare)
- Seizures (rare)

CLINICAL REVIEW

Depression in pregnancy

Simone N Vigod *assistant professor, psychiatrist, and Shirley Brown clinician scientist*¹, Claire A Wilson *academic clinical fellow*², Louise M Howard *NIHR research professor*² *professor in women's mental health, and consultant perinatal psychiatrist*²

RESEARCH

Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis

OPEN ACCESS

Sophie Grigoriadis *head, women's mood and anxiety clinic: reproductive transitions*^{1,2}, Emily H VonderPorten *research coordinator*¹, Lana Mamisashvili *research coordinator*¹, George Tomlinson *biostatistician*³, Cindy-Lee Dennis *professor*⁴, Gideon Koren *director*⁵, Meir Steiner *founding director*⁶, Patricia Mousmanis *educational coordinator*⁷, Amy Cheung *associate professor*^{1,2}, Lori E Ross *scientist*⁸

Table 2 | Risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn and number needed to treat to harm (NNTH) for population risk of 1.9/1000 liveborn infants⁴

Pooled odds ratio	Per 1000 liveborn infants (%)		
	Risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn	Absolute risk difference	NNTH (No of women)
SSRIs in late pregnancy:			
2.84 (trim and fill revised)	5.40 (0.54)	3.50 (0.35)	286
2.5	4.75 (0.48)	2.85 (0.29)	351
SSRIs in early pregnancy:			
1.23	2.34 (0.23)	0.44 (0.04)	2288

ISRS



CERPO

Problem	References	Exists or not	Comments	Action
Major congenital anomalies	Alwan et al 2007, Ban et al 2014, Bar-Oz et al 2007, Diav-Citrin et al 2008, Einarson et al 2010, Jimenes-Solem et al 2012, Jordan et al, 2016, Kallen et al, 2007, Komum et al 2010, Louik et al 2007, Malm et al 2011, Oberlander et al 2008, Pedersen et al 2009.	No increase	Consensus in almost most studies	Regular follow-up
Cardiac anomalies	Bakker et al 2010, Bar-Oz et al, 2007, Daud et al 2016, Diav-Citrin et al, 2008, Einarson et al 2010, Kallen et al 2006, Knudsen et al 2014, Merlob et al. 2009, O'Brien et al 2008, Wichman et al. 2009, Wurst et al. 2010	Possible slight increase of severe anomalies	In debate. Large studies are positive	Consider fetal echocardiography; echocardiography to the newborn
Miscarriage and stillbirths	Andrade et al 2008, Ban et al 2012 Einarson et al 2009, Homels et al 2005, Johansen et al 2015, Nakhsi-Pour et al 2010	No	Related to maternal disease or gestational age at study	Regular follow up; reduce maternal depressive symptoms
Preterm birth	Addis et al, 2000, Bakker et al 2010, Dayan et al 2006, Eke et al, 2016, Toh et al 2009.	No	Related to maternal disease	Regular follow-up; reduce maternal depressive symptoms
Low birth weight	Kallen 2004, Kulin et al 1998, Ramos et al 2010, Toh et al 2009.	No	Related to maternal disease	Regular follow-up; reduce maternal depressive symptoms
PPHN	Andrade et al 2008, Bérard et al 2016, Chambers et al 1996, 2006, Huybrechts et al 2015, Kallen et al 2008, Wilson et al 2011	Yes	Less than 1%, not very severe	Careful and close follow up
Poor neonatal adaptation	Kulin et al 1998, Levinson-Castiel et al 2006, Norby et al 2016, O'Brien et al 2008, Sanz et al 2005, Stahl et al 1997, Stiskal et al	Yes	Present in up to 30% of newborn infants.	Consider delayed release from hospital and stay of an additional day

Review Article
Selective Serotonin Reuptake Inhibitors during Pregnancy: Do We Have Now More Definite Answers Related to Prenatal Exposure?

Asher Ornoy and Gideon Koren

Manejo

A Systematic Review of the Safety of Electroconvulsive Therapy Use During the First Trimester of Pregnancy

Katherine Calaway, MD, MPH, Shana Coshal, MD, MPH, Kristin Jones, MD, John Coverdale, MD, MEd, and Robin Livingston, MD



- Aunque los datos son limitados, sugieren que la TEC es relativamente seguro cuando se administra durante el primer trimestre del embarazo. Las posibles consecuencias adversas de la TEC durante el primer trimestre del embarazo se deben sopesar cuidadosamente los beneficios potenciales de la TEC en la enfermedad mental no tratada.
- Siempre que sea posible, se recomienda el manejo multidisciplinario que involucra al obstetra, psiquiatra, asistente social.
- Se favorece el uso de un solo medicamento en una dosis más alta que el uso de múltiples medicamentos para el tratamiento.

**ACOG
PRACTICE
BULLETIN**

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR
OBSTETRICIAN–GYNECOLOGISTS

NUMBER 92, APRIL 2008

(Replaces Practice Bulletin Number 87, November 2007)

**Use of Psychiatric
Medications During
Pregnancy and Lactation**

CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



Seminario n°132:

Depresión en el Embarazo

Dra. M^a Francisca Gonzalez, Dr. Daniel
Martin Navarrete, Dra. Daniela Cisternas
Olguín, Dr. Juan Guillermo Rodríguez
Aris