



MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

DEPRESIÓN PERINATAL

LNCA. TANIA CARDENAS BECERRIL

Introducción

La **depresión perinatal**, definida como la aparición de un trastorno depresivo en el embarazo, alrededor del parto o dentro del primer año del posparto, es un **problema importante** en todo el mundo y a menudo se produce concomitantemente con otros padecimientos (como condiciones de dolor o ansiedad).

Afecta a **1 de cada 7 mujeres** y es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y el período posparto. Sus consecuencias **afectan** a todos los miembros de la familia y con frecuencia se escapa a la detección y tratamiento.

La **prevalencia de la depresión perinatal** es aún mayor en ciertos grupos con factores de riesgo. Debido al hecho de que mientras se experimentan síntomas depresivos, las mujeres embarazadas tienen **menos probabilidades** de seguir las indicaciones para cuidar su salud, la depresión tiene consecuencias tanto para la madre como para el niño.^{1,2}

Los **síntomas** incluyen:³

Trastornos del estado de ánimo



Tristeza
Pérdida de placer
Culpa o inutilidad

Trastornos del sueño



No relacionado con el bebé

Trastornos del apetito



Pérdida de peso

Ideación suicida





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

En la salud del bebé los efectos de la depresión materna abarcan una gama de consecuencias desde su crecimiento y fisiología hasta lo psicológico y conductual. El feto **está en riesgo** de bajo peso al nacer y ser pequeño para su edad gestacional; así como mayor riesgo de parto prematuro y mayor riesgo de sufrir cese de la lactancia materna. A largo plazo **hay resultados negativos** en la conducta como el aislamiento social.^{1,2}



Mediante la **detección y el tratamiento** de la depresión perinatal, el médico de atención primaria está en una posición única para detectar factores que pueden poner en riesgo a la madre y el bebé.¹

Algunos **riesgos del embarazo** se asocian con un mayor riesgo de depresión posparto.

Por ejemplo, las madres con bebés que nacen con un peso <1500 g tienen de 4 a 18 veces más riesgo.⁴

Se considera que la depresión posparto es multifactorial, haciendo que la prevención sea problemática.³





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

El malestar psicológico en las madres se ha relacionado con una mala nutrición⁵ y se ha establecido que ciertas deficiencias de micronutrientes contribuyen al desarrollo del trastorno, tales como:⁶



Vitaminas del
complejo B



Vitamina D



Zinc



Mg



Ácidos grasos
poliinsaturados
(Omega-3)

La nutrición como uno de los probables factores contribuyentes, es modificable.

Considerando que tanto el embarazo como la lactancia son **momentos de estrés** particular en las reservas de nutrientes de una mujer y las deficiencias pueden **aumentar** la probabilidad de depresión en el período posparto³, **la suplementación** desde el período previo al embarazo es recomendable.

Está **demostrado** que la suplementación con multivitamínicos desde antes de la concepción mejora la salud mental entre las mujeres en riesgo de depresión. Además, varios estudios han apoyado una asociación entre la ingestión de micronutrientes en la preconcepción y mejores resultados de nacimiento.⁷

Se requieren de varios nutrientes para la síntesis y modulación en el sistema de neurotransmisión que están involucrados en la regulación del humor. Durante el embarazo y la lactancia las demandas nutricias se incrementan por lo que las deficiencias se desarrollan más fácilmente.⁸

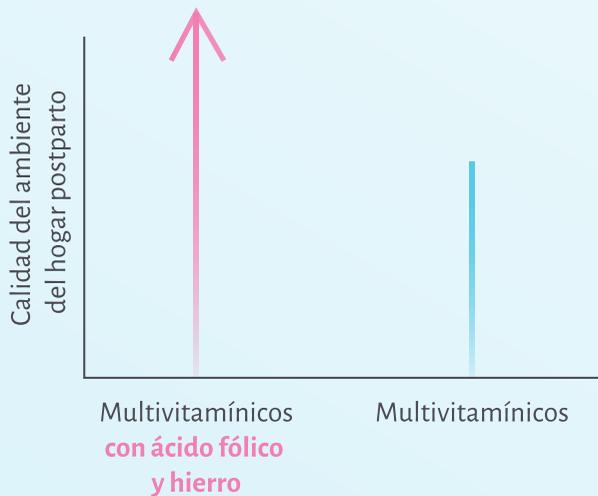




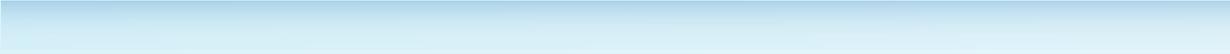
Es posible que los **cambios hormonales y de vida** en el posparto **incrementen** los riesgos de depresión y entonces, durante el período perinatal las mujeres experimenten altos riesgos de deficiencias nutricias y vuelcos hormonales.⁸

Actualmente, la depresión posparto es un **trastorno mental frecuente y grave** y no existe un tratamiento efectivo, por lo que es de gran importancia práctica explorar su prevención.⁹

La intervención antes del embarazo asegura un **adecuado** estado nutricional en la concepción y etapa temprana de embarazo, lo que es crítico porque es el tiempo en que se define la composición de la placenta. Del mismo modo, las modificaciones epigenéticas que se producen durante este período pueden **tener un impacto** a largo plazo en el resultado del nacimiento, el crecimiento y desarrollo del producto.⁷



Se observó un **puntaje** de la calidad del ambiente de aprendizaje en el hogar postparto **más alto** al aplicar el inventario HOME en ambiente del hogar en quienes tomaron multivitamínicos que **contenían ácido fólico y hierro**, lo que es consistente con hallazgos de estudios anteriores donde se sugirió que **el papel** del ácido fólico y hierro **mejoran** la salud mental materna durante el embarazo entre las mujeres con riesgo de depresión.⁷



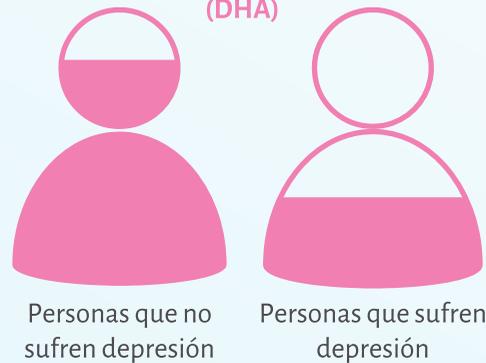


MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

En términos de prevención sabemos que, si bien no es gratuita, es mucho menos costosa que el tratamiento. La suplementación con ácido fólico a largo plazo (> 6 meses) durante el embarazo **se asocia significativamente** con una menor prevalencia de depresión posparto. Este resultado no sólo demuestra la **relación** entre la suplementación durante el embarazo y la depresión posparto, sino también **enfatiza la importancia** de su uso a largo plazo para asegurar que se alcanzan niveles significativos.⁹

Estudios observacionales en población general han demostrado que los **niveles de ácido docosahexaenoico (DHA)** en suero y membranas celulares son **más bajos** en las personas que sufren depresión en comparación con controles sanos.³

Niveles de docosahexaenoico (DHA)



Los estudios realizados durante el período perinatal también **sugieren una asociación** entre la disminución en la ingestión materna durante el embarazo o bajo nivel después del parto y la aparición de depresión posparto. En estudios epidemiológicos se ha observado que cuando las **ingestiones son mayores** se sugiere una **reducción** de los síntomas depresivos en el período posnatal.³

Además, la evidencia ha **demostrado** que el DHA es **esencial** para la regulación del sueño y se ha demostrado que la falta de sueño en los bebés se asocia con **niveles más bajos** de DHA en sangre. La interrupción del sueño materno debido a interrupciones del patrón de sueño en los bebés también **se asocia** con la depresión materna.⁶

El embarazo y el posparto son períodos en los que el suministro de omega-3 es particularmente **significativo**. En particular la demanda del DHA **aumenta** a medida que las reservas de tejido materno se utilizan para el desarrollo del feto.^{3,6}





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

El feto **acumula** un promedio de **67 mg de DHA por día** durante el último trimestre de embarazo. El nivel de requerimiento de DHA excede la ingestión de muchas mujeres embarazadas acentuando una posible insuficiencia. Esto puede explicar por qué los niveles se pueden disminuir hasta en un **50% durante la gestación** y no recuperarse hasta 26 semanas después del parto.^{3,6}

Durante el período posparto hay un **mayor riesgo de deficiencia** de DHA por el agotamiento en el suero materno después del parto. Embarazos adicionales pueden **agotar aún más** los niveles maternos en plasma y leche materna en mujeres lactantes.^{3,6}



La deficiencia nutricional de omega-3, es un factor que puede modificarse fácilmente para aliviar al menos parte de los síntomas de depresión. Una mejor atención de la deficiencia de omega-3 ayudaría no solo a la madre, sino también al desarrollo a largo plazo y la salud mental futura del niño.⁶

La evidencia de los ensayos aleatorios indica que las intervenciones con DHA en pacientes con depresión mayor **mejoran** los síntomas de depresión en comparación con los grupos control. La suplementación en mujeres embarazadas con ácidos grasos poliinsaturados omega-3 ha sido propuesta como una estrategia potencial para prevenir y/o tratar la depresión posparto.³ Los resultados de estudios muestran que la suplementación de EPA + DHA durante el embarazo podría **disminuir** las puntuaciones de depresión después de parto.^{1,6}





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!



El **DHA** es **importante** para la estructura de la membrana de la célula neuronal que regula la captación de sustancias químicas del estado de ánimo en el cerebro, como la serotonina. Es posible que la reposición de DHA en el cerebro con la suplementación sea prioritario en mujeres embarazadas o mujeres con depresión posparto. Los **efectos benéficos** de los ácidos grasos omega-3 son probablemente mediados a través de la mejora en las membranas celulares del cerebro materno por el DHA, **inhibiendo** la neuro inflamación, modulándola y potenciando la neurotransmisión de serotonina por el EPA.⁶

Sin embargo, el tiempo requerido para reponer completamente el estado del DHA en el cerebro es crítico para **atenuar** los síntomas de depresión posparto. Como se muestra en muchos estudios, la recuperación de la deficiencia en el cerebro tarda de **6 meses a 1 año**, lo que sugiere que la suplementación de DHA deba extenderse por más tiempo.⁶

Otros beneficios de la suplementación se han asociado con:¹⁰

Para el bebé:

-  **Menores tasas** de parto pre-término.
-  **Aumento** de peso al nacer.
-  **Menor riesgo** de bajo peso.
-  **Beneficios** en el área visual y de neurodesarrollo.
-  **Calidad** del sueño.
-  **Función** autónoma y cognitiva.

-  **Capacidad** de concentración.
-  **Riesgo** de asma y sibilancias y en su crecimiento.

Para las madres:

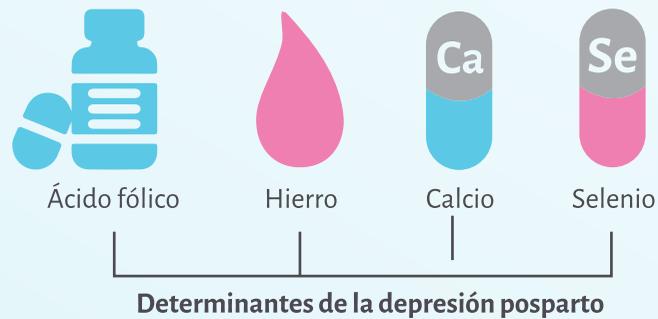
-  **Menor riesgo** de depresión posparto.
-  **Mayores niveles** de DHA en leche materna.





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

La deficiencia de omega 3 también puede ser causada por la ingestión inadecuada de vitaminas esenciales (B6, B12, D) y/o minerales (Zn, Mg). Estos micronutrientes son **cofactores** importantes en la desaturación de los ácidos grasos, y por ello las deficientes en magnesio, zinc, piridoxina y B12 dificultarían la conversión a DHA.⁶



Se sabe que un nivel adecuado de folato puede **reducir el riesgo** de depresión en la población general.⁹

El folato es **esencial** para la biosíntesis de los neurotransmisores de monoamina (serotonina, dopamina y norepinefrina). El folato participa en la producción de S-adenosil metionina (SAM) a través de la remetilación de homocisteína y SAM y es **esencial** para la producción de estos tres neurotransmisores.⁹

La **falta de folato** podría inhibir la transformación de homocisteína a cisteína, aumentando así los niveles plasmáticos de homocisteína, lo que se correlacionan positivamente con la gravedad de la depresión. La ingestión **inadecuada** de folato durante el embarazo puede llevar a la depresión posparto. Está demostrado que con el uso durante más de 6 meses de ácido fólico durante el embarazo se presenta una prevalencia de depresión posparto más baja.⁹



MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

Está claro que el complejo de vitamina B juega un papel en la depresión, ya que las vitaminas:¹¹



son **esenciales** para la función neuronal y las deficiencias se han relacionado con la presencia del padecimiento.

En modelos animales con **depresión posparto**, la combinación de **zinc, magnesio y tiamina** mejoró los síntomas depresivos y los comportamientos de ansiedad. Por lo tanto, está claro que la **deficiencia de tiamina** está involucrada en la depresión y su suplementación mejora los síntomas depresivos.¹¹



La vitamina B₆ (**piridoxina**) interviene en la **regulación** de la función mental y el estado de ánimo, impacta sobre los neurotransmisores que controlan la depresión, la percepción del dolor y la ansiedad. Su deficiencia resulta en altos niveles de homocisteína y se ha relacionado con convulsiones, migrañas y depresión. La **suplementación** de vitamina B₆ reduce los niveles sanguíneos de homocisteína y **mejora el estado de ánimo, la fatiga, la función cognitiva y la depresión.**¹¹

La **deficiencia** de vitamina B12 se encuentra en hasta un tercio de los pacientes deprimidos y los niveles más altos de vitamina B12 se asocian con mejores resultados de tratamiento.¹¹ La vitamina B12 está **vinculada** al funcionamiento eficiente del ciclo del folato, que es necesario para la síntesis y regeneración de tetrahidrobiopterina, cofactor esencial para la conversión de aminoácidos a neurotransmisores.⁵



Se supone que el mecanismo fisiológico a través del cual la vitamina D puede actuar para afectar los síntomas depresivos se basa en que **actúa** como una hormona neuro-activa.¹²



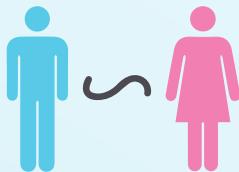
MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

La adición de vitamina D altera los neurotransmisores que se sabe están involucrados en los síntomas depresivos.¹²

También **puede desempeñar** un papel en la neuro inmunomodulación y neuro plasticidad. Ha habido una serie de estudios en embarazadas y mujeres en el posparto sugiriendo que existe esta asociación en esta población. Hay evidencia de que los **niveles bajos** de vitamina D en el embarazo temprano (**12-20 semanas**) se asocian significativamente con puntuaciones más altas de síntomas de depresión a principios y finales del embarazo. La suplementación de vitamina D es segura en el embarazo pudiendo beneficiar la salud del binomio materno-fetal, así como la del neonato.¹²



El papel del **selenio** en relación con el estado de ánimo no se ha estudiado tanto como el de otros nutrientes. Un estudio encontró una asociación entre la **ingestión baja** de selenio ($< 8.9 \mu\text{g}/\text{M}/\text{día}$) con un aumento casi de tres veces en la probabilidad de mayor desorden depresivo. Un ensayo aleatorizado encontró puntuaciones menores en la Escala de Depresión de Edinburg Posnatal en el grupo de embarazadas que tomaron suplementos de selenio. Otro estudio realizado en hombres sanos encontró que un **nivel de selenio más bajo** se asocia con peores puntuaciones de humor.¹³



La prevalencia de depresión entre los padres es similar a la observada en las madres.¹⁴



La depresión en los padres también **afecta negativamente** a los niños en su desarrollo y comportamiento, por lo que es un objetivo digno el abordar la depresión en ambos padres como parte de un enfoque de atención centrado en la familia.¹⁴





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

La evaluación inicial es una necesidad dado que la **depresión prenatal** puede ser más común que la depresión posnatal y las mujeres con depresión prenatal tienen mayores posibilidades de deprimirse después del nacimiento.¹³

Se ha validado la **Escala de Depresión Perinatal de Edinburg** que lo declara un instrumento seguro y válido para ser utilizado como tamiz en la detección de trastornos depresivos.¹⁵

Conclusión

La **depresión perinatal** tiene consecuencias serias para la madre y para el producto. Aquí se ha planteado la idea de que ciertas deficiencias nutrimentales pueden aumentar el riesgo de depresión desde el embarazo hasta el posparto; así como la ayuda que puede representar la suplementación oportuna.





MUJER
SALUDABLE
¡SIEMPRE!

Referencias

1. Muzik, M. & Borovska S. Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine*, 2010;7:(4),239-47.
2. Curry S. J., Krist A. H., Owens D. K., Barry M. J., et al. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2019;321:(6), 580-587.
3. Gould J. F., Best K., & Makrides M. Perinatal nutrition interventions and post-partum depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 2017;224, 2-9.
4. Ghaedrahmati M., Kazemi A., Kheirabadi G., Ebrahimi A., & Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of education and health promotion*. Published online 2017 Aug 9. doi: 10.4103/jehp.jehp_9_16: 10.4103/jehp.jehp_9_16
5. Trujillo J., Vieira, M. C., Lepsch, J., Rebelo, F., Poston, L., Pasupathy, D., & Kac, G. A systematic review of the associations between maternal nutritional biomarkers and depression and/or anxiety during pregnancy and postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 2018;232:185-203.
6. Hsu, M. C., Tung, C. Y., & Chen, H. E. Omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in prevention and treatment of maternal depression: Putative mechanism and recommendation. *Journal of Affective Disorders*. 2018; Published online doi: 10.1016/j.jad.2018.05.018
7. Nguyen, P. H., Gonzalez-Casanova, I., Young, M. F., Truong, T. V., et al. Preconception micronutrient supplementation with iron and folic acid compared with folic acid alone affects linear growth and fine motor development at 2 years of age: A randomized controlled trial in Vietnam. *The Journal of nutrition*, 2017;147:(8), 1593-1601.
8. Sparling, T. M., Henschke, N., Nesbitt, R. C., & Gabrysch, S. The role of diet and nutritional supplementation in perinatal depression: A systematic review. *Maternal & child nutrition*, 2017;13(1). Published online DOI: 10.1111/mcn.12235
9. Yan, J., Liu, Y., Cao, L., Zheng, Y., Li, W., & Huang, G. Association between duration of folic acid supplementation during pregnancy and risk of postpartum depression. *Nutrients*, 2017;9:(11), 1206. Published online doi:10.3390/nu9111206
10. Jackson, K., & Harris, W. A Prenatal DHA Test to Help Identify Women at Increased Risk for Early Preterm Birth: A Proposal. *Nutrients*, 2018;10:(12), 1933. Published online doi:10.3390/nu10121933
11. Mikkelsen, K., Stojanovska, L., & Apostolopoulos, V. The effects of vitamin B in depression. *Current medicinal chemistry*, 2016;23:(38), 4317-4337.
12. Williams, J. A., Romero, V. C., Clinton, C. M., Vazquez, D. M., et al. Vitamin D levels and perinatal depressive symptoms in women at risk: a secondary analysis of the mothers, omega-3, and mental health study. *BMC pregnancy and childbirth*, 2016;16:(1), 203. Published online DOI 10.1186/s12884-016-0988-7
13. Leung, B. M., Kaplan, B. J., Field, C. J., Tough, S., et al. Prenatal micronutrient supplementation and postpartum depressive symptoms in a pregnancy cohort. *BMC pregnancy and childbirth*, 2013;13:(1), 2. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/2>
14. Cheng, E. R., Downs, S. M., & Carroll, A. E. Prevalence of depression among fathers at the pediatric well-child care visit. *JAMA pediatrics*, 2018;172:(9), 882-883.
15. Oquendo, M., Lartigue, T., González-Pacheco, I., & Méndez, S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología y Reproducción Humana*, 2008;22:(3), 195-202.

