



## Prevalencia de los trastornos de ansiedad en el embarazo

► En el embarazo se presentan cambios fisiológicos y psicológicos. Es común que las mujeres de manera normal durante este periodo manifiesten preocupación por diferentes aspectos. Sin embargo, algunas de ellas cursan con ansiedad previa o la experimentan por primera vez. La ansiedad en el embarazo es un factor de riesgo para presentar trastornos mentales en el postparto, produce malestar en la madre, se asocia a nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer y alteraciones en el desarrollo del recién nacido (RN).

La prevalencia estimada de trastornos de ansiedad (TA) durante el embarazo es de .2% a 5.7% para trastorno de pánico (TP), .9% a 17.2% para agorafobia, 0% a 10.5% para trastorno de ansiedad generalizada (TAG), .4% a 6.4% para trastorno de ansiedad social (TAS), 3.2% a 19.9% para fobia específica (FE), .2% a 5.2% para trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y 0% a 7.9% para trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Se trata de una revisión sistemática y un metaanálisis en donde se incluyó a 36 estudios publicados sobre la prevalencia, el inicio y el curso de los TA durante el embarazo, asimismo se incluyeron el TOC y el TEPT. No se tomaron en cuenta estudios de TA en el postparto.

Las mujeres con antecedente de depresión y TA tienen mayor riesgo de iniciar TP en el embarazo; que usualmente se presenta en el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestre. Se reportó en 12 estudios una prevalencia de .4% a 7.5%. Las mujeres que cursaban con TP previo durante el embarazo, de 9% a 74% mejoraron, de 5% a 33% empeoraron y de 9% a 84% no tuvieron cambios en la severidad. El análisis de los datos acumulados del TP en mujeres embarazadas reportó una prevalencia total de 3% (IC 95% [2%-4%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 78.73$ ,  $p < .001$ ), en el primer trimestre de 3% (IC 95% [2%-5%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 65.24$ ,  $p = .09$ ), y en el tercer trimestre de 3% (IC 95% [2%-6%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 79.22$ ,  $p = .002$ ). No se encontró evidencia de sesgo de publicación con el análisis de regresión de Egger ( $p = .05$ ).

El inicio del TOC en el embarazo es de 13.1% a 39%, siendo más frecuente en el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestre. En 10 estudios se reportó una prevalencia para el TOC entre .2% a 29.1%, de los cuales en 8 estudios fue mayor a 5.2%. En cuanto las mujeres que cursaron con TOC previo en el transcurso del embarazo; de 13.5% a 23.1% mejoraron, de 17% a 46.1% empeoraron y de 30.8% a 69% no tuvieron cambios en la severidad. El análisis de los datos acumulados de TOC reportó una prevalencia total de 3% (IC

95 [2%-5%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 87.71$ ,  $p < .001$ ), en el primer trimestre de 3% (IC 95% [1%-13%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 94.20$ ,  $p < .001$ ), y en el tercer trimestre de 4% (IC 95% [3%-6%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 17.78$ ,  $p = .27$ ). No se encontró evidencia de sesgo de publicación con el análisis de regresión de Egger ( $p = .73$ ).

En 9 estudios reportaron una prevalencia del TAG durante el embarazo entre .9% a 22.7%. No se encontraron estudios que investigaran el inicio y el curso del TAG en el embarazo. El análisis de los datos acumulados de TAG reportó una prevalencia total de 3% (IC 95% [2%-7%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 95.18$ ,  $p < .001$ ), en el primer trimestre de 3% (IC 95% [1%-12%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 95.88$ ,  $p < .001$ ), en el segundo trimestre de 3% (IC 95% [0%-74%],  $p = .133$ ;  $I^2 = 94.82$ ,  $p = .001$ ), y en el tercer trimestre de 3% (IC 95% [1%-8%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 93.51$ ,  $p < .001$ ). Se encontró evidencia de sesgo de publicación con el análisis de regresión de Egger ( $p = .006$ ).

En 6 estudios se reportó una prevalencia de la FE durante el embarazo entre 3.2% a 19.9%, de los cuales en 4 estudios fue menor al 10%, además se encontró una prevalencia del 2.4% de un miedo extremo de dar a luz en una muestra de 453 mujeres embarazadas. No se encontraron estudios que investigaran el inicio y el curso de la FE en el embarazo. El análisis de los datos acumulados de la FE en mujeres embarazadas reportó una prevalencia total de 6% (IC 95 [4%-10%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 94.79$ ,  $p < .001$ ), en el primer trimestre de 15% (IC 95% [11%-19%],  $p < .001$ ;  $I^2 = .00$ ,  $p = 1.00$ ), en el segundo trimestre de 9% (IC 95% [2%-38%],  $p = .013$ ;  $I^2 = 96.83$ ,  $p < .001$ ), y en el tercer trimestre de 4% (IC 95% [2%-8%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 87.45$ ,  $p < .001$ ). No se encontró evidencia de sesgo de publicación con el análisis de regresión de Egger ( $p = .10$ ).

En 9 estudios se reportó una prevalencia del TAS durante el embarazo entre 2% a 27.6%, de los cuales en 7 estudios fue menor al 7%. No se encontraron estudios que investigaran el inicio y el curso del TAS en el embarazo. El análisis de los datos acumulados del TAS reportó una prevalencia total de 3% (IC 95% [2%-7%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 95.44$ ,  $p < .001$ ), en el primer trimestre de 4% (IC 95% [3%-5%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 12.29$ ,  $p = .32$ ), en el segundo trimestre de 6% (IC 95% [0%-69%],  $p = .131$ ;  $I^2 = 97.25$ ,  $p < .001$ ), y en el tercer trimestre de 3% (IC 95% [1%-6%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 77.06$ ,  $p = .005$ ). Se encontró evidencia de sesgo de publicación con el análisis de regresión de Egger ( $p = .03$ ).

En 14 estudios se reportó una prevalencia del TEPT durante el embarazo entre .6% a 16%, de los cuales en 11 estudios fue menor el 8%. No se encontraron estudios que investigaran el inicio y el curso del TEPT en el embarazo. El análisis de los datos acumulados del TEPT reportó una prevalencia total de 3% (IC 95% [2%-4%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 92.03$ ,  $p < .001$ ), en el primer trimestre de 3% (IC 95% [0%-12%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 95.04$ ,  $p < .001$ ), en el segundo trimestre de 0% (IC 95% [0%-3%],  $p < .001$ ;  $I^2 = .00$ ,  $p = 1.00$ ), y en el tercer trimestre de 1% (IC 95% [0%-7%],  $p < .001$ ;  $I^2 = 90.49$ ,  $p < .001$ ). Se encontró evidencia de sesgo de publicación con el análisis de regresión de Egger ( $p = .004$ ).

El artículo demuestra que los TA son frecuentes durante el embarazo y la prevalencia varía considerablemente en los diferentes estudios. Por lo tanto, la prevalencia del TP y del TOC (3% en ambos) durante el embarazo es mayor en comparación a lo largo de la vida en las mujeres de la población general (1.6% en ambos). En cambio, la prevalencia del TAG, de la FE, y del TEPT durante el embarazo es menor en comparación a lo largo de la vida en las mujeres de la población general: el TAG durante el embarazo fue de 3% vs mujeres en población general de 8.4%, la FE durante el embarazo fue de 6% vs mujeres en población general de 8.2%, el TEPT durante el embarazo de 3% vs mujeres en población general de 10.4%. La prevalencia del TAS durante el embarazo de 3% es similar al de mujeres en población general 2.9%.

Este estudio tuvo limitaciones debido a que hubo pocos estudios que analizaron el inicio y el curso de los TA en el embarazo.

Los estudios no realizaron comparaciones entre la proporción de mujeres con los TA previos y con el inicio de TA durante el embarazo. Los hallazgos sugieren que el embarazo es un factor de riesgo específico para el inicio y/o la exacerbación del TP y el TOC. Los cambios súbitos en las sensaciones corporales que se presentan durante el embarazo como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, la opresión en el pecho y la dificultad para respirar, podrían precipitar los ataques de pánico en el embarazo en mujeres más sensibles a estos cambios. También pueden estar relacionados con los niveles elevados de progesterona, estradiol y cortisol en el embarazo. En cuanto al TOC, las fluctuaciones de los niveles de esteroides gonadales en el embarazo pueden afectar los niveles de serotonina y facilitar el inicio o la exacerbación. Además, hay una vulnerabilidad psicológica que favorece la presencia de estos trastornos en el embarazo, la preocupación por la salud y el funcionamiento del cuerpo en relación al TP y la preocupación por el producto en relación al TOC.

Pocos estudios investigan el inicio de los TA en el embarazo. Uno de ellos es el TOC que se presenta en el segundo trimestre

en un 13 a 39% de los casos. Por otro lado, aunque no está bien establecida la frecuencia de inicio de TP en el embarazo, es común en el 1<sup>er</sup> y 2<sup>o</sup> trimestre.

En cuanto al curso de los TA en el embarazo existe una variabilidad entre los estudios del TP y del TOC (mejoría, sin cambio/curso estable, empeoramiento), por lo que no se puede concluir un curso "típico".

Algunos estudios retrospectivos incluidos cuentan con posibles sesgos de memoria.

Los autores señalan que los estudios utilizan diferentes diseños, instrumentos y tiempos de evaluación (trimestres del embarazo). Sin embargo, no dan información acerca de los factores que podrían influir en la prevalencia, en el inicio y en el curso de los TA durante el embarazo como: el nivel de estresores psicosociales, de apoyo social, presencia de eventos traumáticos, edad de la madre y paridad. Sólo se incluyeron estudios escritos en inglés.

De igual forma se encontró sesgo de publicación en los estudios de TAG, TAS y TEPT.

Los hallazgos de esta investigación son importantes en relación a la necesidad de prevención, de diagnóstico y tratamiento temprano, dado que los TA durante el embarazo se asocian a una evolución desfavorable.

*Martha Patricia Ontiveros Uribe*

### **Bibliografía**

Viswasama K, Eslickb GD, Starcevich V: Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2019, 255:27-40.

# Kriadex®

clonazepam

el tratamiento **efectivo**  
contra la ansiedad



# Lozam®

Lorazepam

**RAPIDEZ** para continuar

- En el trastorno de **Ansiedad Generalizada.**
- Rápidas** concentraciones en sangre, máximas en **60 mins.**



**NUEVA PRESENTACIÓN**

## 20 mL

SSA 163300202C0691

Tabletas Birranuradas

SSA 173300202C7429

# Alzam®



Disponible en:  
 .25, .5, 1 y 2 mg con 30 tabletas  
 .25 y .5 mg con 60 y 90 tabletas

el regreso a la **calma**

SSA 173300202C7240

Tabletas Birranuradas