

Curso online

Psiquiatría perinatal

Aplicaciones para la atención psiquiátrica en la gestación, parto y puerperio



**Dirigido por
Ibone Olza**

inscripciones abiertas
saludmentalperinatal.es



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal

PSICOFÁRMACOS Y LACTANCIA MATERNA



Marta Sánchez Mena

Psiquiatra Hospital Universitario Miguel Servet

Asociación de Madres Vía Láctea



Lactancia Materna

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.





Lactancia Materna

Para que las madres puedan iniciar y mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- que la lactancia se inicie **en la primera hora de vida**;
- que el lactante **solo reciba leche materna**, sin ningún otro alimento ni bebida, ni siquiera agua;
- que la lactancia se haga **a demanda**, es decir, con la frecuencia que quiera el niño, tanto de día como de noche;
- que no se utilicen biberones, tetinas ni chupetes.



Lactancia Materna

- Beneficios de la Lactancia Materna en la **Madre**:
 - **Menor riesgo de:**
 - Cáncer ovario
 - Cáncer mama
 - Problemas cardiovasculares
 - Diabetes
 - Osteoporosis
 - Hemorragia posparto
 - **Ansiedad y depresión posparto**



Lactancia Materna

- Beneficios de la Lactancia Materna en **Bebé**
 - Mejora:
 - Sistema inmunorregulador (menos enf. autoinmunes)
 - Mec. Antiinflamatorio
 - **Desarrollo neurológico, intelectual, social y emocional**
 - **Seguridad en entorno**
 - Menor riesgo de:
 - Diarreas; enterocolitis necrotizante en prematuros
 - Neumonías, otitis
 - HTA
 - Cáncer de mama en niñas
 - Diabetes Mellitus y Obesidad Infantil
 - Asma, dermatitis atópicas, alergias
 - Leucemias, linfomas





Lactancia Materna



- Beneficios de la Lactancia Materna en la **Relación Madre-Bebé:**
 - PROPICIA LA CONDUCTA MATERNAL (responder de manera sensible, gozar de la interacción...)
- Desde una perspectiva neurohormonal:
 - PROLACTINA: Clave para la conducta maternal
 - OXITOCINA: Amor, generosidad, confianza, bienestar

“La lactancia materna es la herramienta fisiológica del vínculo”

Ibone Olza



Enfermedad Mental y Maternidad.

- Mayor incidencia de enfermedad mental en mujeres → en edad fértil.
- Posparto, momento de mayor vulnerabilidad tanto para el inicio como para la recaída en una enfermedad psiquiátrica. (*Stowe et al., 2000*)
- 1/5 madres → enfermedad mental perinatal
- 1-2/1000 madres → Psicosis posparto
- El 50% de las mujeres con Trastorno Bipolar están en riesgo de presentar psicosis posparto.
- El 20% de muertes en esta etapa es por suicidio.
- Filicidio, 75% en primer año de vida. Entre el 60-70% de las madres, trastorno mental. (*Flynn et al, 2013*)



Riesgos de la Enfermedad Mental Materna no tratada

Efectos en la interacción con su bebé:

Menor mirada

Menor contacto

Menos expresiones positivas (y más negativas)

Falta de cuidado sensible

Estrés (cortisol)



Alteraciones en:

neurodesarrollo,

desarrollo emocional, social,

cognitivo del niño y en su crecimiento



Riesgos de la Enfermedad Mental Materna no tratada

Dificultades para mantener Lactancia Materna

Dificultades para establecer vínculo

Desatención y negligencia sobre cuidado del bebé



Mayor predisposición en bebé a patología mental



Riesgos de la Enfermedad Mental Materna no tratada

Descompensaciones francas



Tratamiento farmacológico intensivo
Ingresos en UCE Psiquiatría
Suicidio, infanticidio o ambos



Consecuencias y dificultades añadidas



Desconocimiento y temor...

- **No tratar farmacológicamente cuando es necesario** → Recaídas, ingresos hospitalarios, separaciones, dificultades posteriores (TEPT), riesgos descritos previamente.
- **Suspender brusca e innecesariamente la lactancia materna** para instaurar un tratamiento, aun cuando la madre manifiesta un gran deseo por amamantar a su bebé →
 - Mayor vulnerabilidad, insatisfacción, ansiedad, depresión.
 - Riesgos empeoramiento clínica afectiva-psicótica por destete (mejor paulatinamente y atentas a clínica).
- **No acompañar en LM**, con inicio complicado de LM → estrés en bebé, estrés en madre, vulnerabilidad, insatisfacción, depresión... y más riesgo de interrupción temprana.



“Contraindicar, retirar, dificultar o ignorar la lactancia materna sin motivo de peso constituye una grave irresponsabilidad”

Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP.

Dr. José María Paricio.



Testimonios de psiquiatras... (1)

“Justo esta semana atendí a una mamá con muchísima ansiedad e inquietud, que le impedía en algunos momentos incluso disfrutar serenamente de su bebé de 5 meses... se sentía culpable por ello... pero también se sentía culpable si tomaba medicación durante la lactancia... y si dejaba la lactancia...”



Testimonios de psiquiatras... (1)

“Como profesional, en general estos casos me generan frustración. Gracias al poquito de formación que he tenido en este tema, trato de proponer fármacos de bajo riesgo si los síntomas tienen repercusión significativa, recomendándoles tomar la medicación después de una toma y demorar la siguiente toma en lo posible unas horas para evitar CMax; pero como siempre tienes que advertir de los riesgos, a las mamás les cuesta comprensiblemente más asumirlos... Me frustra entonces la ambivalencia que suelen mostrar (a pesar de que, insisto, puedo comprenderlas...)”



Testimonios de psiquiatras... (1)

“Me suelen generar también dudas de perfil de seguridad/ riesgo de fármacos, aunque pueda saber el de algunos, siempre lo tengo que comprobar...”

Y si el lactante pasa los 12 meses, tengo que admitir que me genera cabreo... porque veo innecesaria la exposición al riesgo, por mínimo que sea.

Estoy segura de que la formación en este ámbito nos dará más herramientas para la empatía y para tratar mejor a estas pacientes.”

Testimonio de una Psiquiatra



Testimonios de psiquiatras... (2)

“A pesar de revisar lo último sobre tratamiento y lactancia, siempre me quedo con la duda de si estaré haciendo lo correcto. Quieres el bien para la madre pero nunca sabes qué pasaría si no pusieras tratamiento. Son decisiones difíciles y sabes que tu opinión hará decantar la decisión a las mamás.”

Testimonio de una Psiquiatra



Testimonios psiquiatras (3)...

“Cuando una paciente me habla de su deseo de embarazo empiezo a preocuparme, desde el desconocimiento... me inquieta pensar qué le daré para que se mantenga estable y no perjudicar al bebé, así que opto por no tratar durante el primer trimestre de gestación si está estable. Lo que más me preocupa es el parto, tanto por la posibilidad de descompensación de la madre como por el vínculo.

Hasta hace poco que supe que se podía hacer de otro modo, desaconsejaba la lactancia, porque me quedaba más tranquila de poder tratar, y pensando que el vínculo se podía hacer igual con biberón. Si la mujer insistía en dar el pecho lo respetaba, pero entraba en pánico por no saber qué darle... y empezaba con búsquedas bibliográficas para reasegurarme... aún así siempre me quedaba con la duda. Mi sentir siempre es de inquietud e inseguridad”.

Testimonio de una Psiquiatra



Testimonios psiquiatras (4)...

“Hace unos meses tratamos en la Unidad de Agudos a una mujer que ingresó por un episodio psicótico tras haber dado a luz unos días antes.

El bebé que hasta aquel instante había permanecido en todo momento con nuestra paciente, fue separado de ella y pasó a estar bajo el cuidado de otros familiares.

La gestión de esta prematura separación madre-hijo por parte del equipo fue nuclear en el trabajo terapéutico realizado, explicando desde un primer momento la conveniencia del ingreso, trabajando el insight tanto del malestar que padecía como de la necesidad de estar bien para hacerse cargo de sus cuidados como de los del bebé.

Para que fuera lo menos traumático posible, organizamos con la colaboración de la familia visitas del bebé a nuestra paciente mañanas y tardes, que inicialmente fueron supervisadas por el personal del equipo y paulatinamente, con la mejoría del cuadro se realizaron solamente en compañía de la familia. Con ello se permitió mantener la lactancia, que era un hecho importante para la madre.”



Testimonios psiquiatras (4)...

“Respecto al tratamiento farmacológico, se decidió iniciar el antipsicótico que presentaba más evidencia científica de seguridad en lactancia, que además era conocido por la paciente, lo que facilitó bastante la aceptación de la toma.

La introducción de psicofármacos tanto en embarazadas como en mujeres lactantes, genera siempre cierta incertidumbre por los efectos que puedan tener en el bebé. Fuimos cautos, instaurando dosis más bajas de las que probablemente habríamos administrado si no se hubiera dado esta circunstancia.

También se realizó por parte del equipo monitorización diaria y la pediatra de atención primaria realizó un seguimiento cercano del bebé durante el ingreso.

La confianza de la madre en el equipo y la experiencia previa fueron claves para la adherencia al tratamiento farmacológico, así como la toma de decisiones haciendo partícipe a la paciente”.



Testimonios psiquiatras (4)...

“Todo el proceso, además de por el esfuerzo e implicación específicos que requirió del equipo, fue complicado por la influencia de la última paciente similar que habíamos tratado, ya que en aquel caso Menores retiró la tutela del recién nacido, por lo que el equipo estaba temeroso de que este hecho se volviera a producir. Por ello intentamos ser cautos, prolongando tal vez el ingreso más de lo habitual, para asegurarnos de la mejoría psicopatológica de la paciente y la recuperación de su funcionalidad total”.

Testimonio de un Psiquiatra UCE Psiquiatría



Debemos...

- Acompañar y **tratar de forma óptima la enfermedad mental.**
- Preservar la salud (*primum non nocere*) → **fomentar y mantener la Lactancia Materna**, por:
 - sus beneficios
 - herramienta terapéutica para la enfermedad mental durante el posparto.



Lactancia Materna como tratamiento

“Los beneficios de la lactancia materna son tan amplios y superiores a los de la lactancia artificial que la lactancia materna debería ser considerada como un instrumento terapéutico más en el tratamiento de la depresión, en vez de cómo un obstáculo”.

(Alternativas al tratamiento farmacológico de madres lactantes con depresión postparto. Olza, I., Gainza, I. 2003)

ALTERNATIVAS AL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO DE MADRES LACTANTES CON DEPRESIÓN POSTPARTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

AUTORES: OLZA FERNANDEZ I., GAINZA TEJEDOR I. Publicado en Revista OB STARE número 7, enero 2003.

RESUMEN: A pesar de su elevada prevalencia (entre un 10 y un 15%) la depresión postparto a menudo no es diagnosticada ni por lo tanto tratada. Así mismo el tratamiento de los casos diagnosticados plantea numerosos dilemas para el profesional de atención primaria. Por un lado la depresión puede motivar el abandono de la lactancia materna, y dicho abandono puede además acarrear un empeoramiento de la sintomatología depresiva. Por otra parte, el desconocimiento de los posibles efectos de los psicofármacos en el lactante a menudo provoca que el profesional recomiende una suspensión “cautelar” de la lactancia con el fin de iniciar el tratamiento psicofarmacológico de la madre. En otros casos es la propia madre la que desea no iniciar tratamiento psicofarmacológico a pesar del malestar psíquico significativo que padece. En los últimos años diversos estudios han señalado la eficacia de algunos abordajes terapéuticos que permiten evitar o minimizar el uso de psicofármacos en el tratamiento de la depresión postparto. Dichos abordajes incluyen la psicoterapia individual o en pareja, los grupos de apoyo y terapéuticos, el seguimiento precoz y apoyo psicológico por parte de profesionales de enfermería y otras modalidades terapéuticas como por ejemplo la luminoterapia. En el presente trabajo exponemos una revisión de los trabajos más recientes en este campo con el fin de poder recomendar una línea de actuación que permita a los profesionales de atención primaria tratar a las madres lactantes deprimidas evitando en la medida de lo posible el tratamiento psicofarmacológico.



Idealmente: Acompañamiento desde el deseo de maternidad de pacientes con trastorno mental

- Poder planificar, estabilidad materna
- Ajustar tratamiento farmacológico previo a la gestación (SITTE)
- Génesis del vínculo prenatal
- Preparación al parto y posparto inmediato (reconocimiento de posibles síntomas)
- **Favorecer y preparación para Lactancia Materna**



Testimonio...

“Una de las cosas que más seguridad me daba era saber que podríamos preparar todo para encontrarme bien antes de buscar mi embarazo, y que podría estar tranquila y sentirme segura tomando mi tratamiento farmacológico durante mi gestación y lactancia posterior”.

“Confiar en tu médico y saber que puedes acceder a él ante cualquier inquietud da mucha tranquilidad, ya que muchas veces diferentes profesionales nos dan informaciones diferentes.”

“Cuando nació mi bebé sabía que darle de mamar era una opción segura y positiva para las dos, aún tomando mi tratamiento, y además sabía dónde recurrir ante cualquier dificultad, tanto de lactancia como de mi estado de ánimo.”

Mujer en seguimiento por Salud Mental por Trastorno Depresivo Mayor recurrente.



Análisis individualizado

Mujer en seguimiento previo por USM

Mujer embarazada de Primera Visita a USM

Mujer en posparto como Primera Visita a USM

Servicio de Urgencias Hospital- Psiquiatría

Unidad de Corta Estancia Psiquiatría

Hospital de Día de Psiquiatría

Interconsulta desde Maternidad a Psicósomática





Análisis individualizado

Antecedentes SM previos
Tratamiento actual o previo
Clínica actual
¿Lactancia Materna?
Situaciones sociofamiliares

Ofrecer seguimiento posterior
(MAP/matrona/USM...), **grupos de madres de apoyo a LM, petición ayuda urgente (Urgencias 24h)...**



Entrevista inicial

- Motivo de consulta
- Antecedentes médico-quirúrgicos, consumo de tóxicos
- Antecedentes obstétricos. Gestaciones previas, pérdidas gestacionales o neonatales. Tipo de partos. Lactancias previas.
- Antecedentes de enfermedades mentales, ideación autolítica o intentos de suicidio previos, contacto con Salud Mental, ingresos hospitalarios u otros dispositivos, y tratamientos farmacológicos o alternativos previos. ¿Abusos, malos tratos?
- Historia familiar y antecedentes psiquiátricos familiares.



Entrevista inicial

- Enfermedad actual: primeros síntomas, cronología de los mismos, relación con otros factores...
- Valoración médica (Analítica, función tiroidea...)
- Vivencia de su maternidad actual, desde su concepción hasta el ahora.
- Exploración psicopatológica, valorando especialmente la existencia de: clínica ansiosa, afectiva (depresiva/maniforme), síntomas endógenos, insomnio, ideación autolítica y alteración en la sensopercepción o clínica psicótica.
- Valorar acompañamiento y apoyo por parte de la pareja, familia y social



Entrevista inicial – Plan terapéutico

- Valorar riesgos en el momento actual para consensuar el plan de tratamiento a corto y medio plazo, **de manera conjunta**.
- ¿Dónde?
 - De forma ambulatoria
 - Hospital de Día de Psiquiatría (Madre-Bebé idealmente, BCN)
 - En casos de extrema gravedad, y/o falta de apoyo, podría indicarse Ingreso en Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría, temporalmente. (Ante la ausencia de Unidades Madre-Bebé).



Entrevista inicial – Plan terapéutico

- ¿Cómo?
 - Visitas ambulatoriamente
 - Psicoterapia
 - Acompañamiento
 - Asegurando apoyos familiares y red, grupos de madres
 - ¿Tratamiento farmacológico? ¿Cuándo? ¿Por cuánto tiempo? Decisión compartida y flexible.
 - ¿Coordinación con Psicología, Trabajo Social, Matrona, Obstetricia, Pediatría?
 - En determinadas situaciones, indicación de Terapia Electroconvulsiva.



Acompañamiento desde Psiquiatría

- Acogida
- Escucha activa
- No juicios
- Confianza
- Calidez
- Respeto
- Sensibilidad
- Flexibilidad
- Frecuencia de visitas y tiempos
- Proximidad al parto, mayor apoyo: **apoyo a Lactancia Materna**
- Visita hospitalaria



Acompañamiento desde Psiquiatría

Genera en la mujer...

- Confianza
- Libre expresión emociones, temores
- Calma
- Seguridad
- Acompañamiento permanente si aparición de contratiempos
- Información y herramientas para facilitar el inicio de vida de su bebé y el suyo como madre de bebé nacido

Se traduce en...

- Claros beneficios en la salud física y emocional del Bebé y de la Madre, así como en el vínculo Madre – Bebé
- Mayor probabilidad de Lactancia Materna exitosa, gozosa y duradera.



Apoyo a Lactancia Materna

- ¿De dónde partimos? Con mucha cautela, sin juicios, RESPETO:
 - Expectativas previas, deseos, cultura, experiencias previas personales-familiares
- Información veraz sobre necesidades emocionales-afectivas del bebé y de la importancia de la LM en el vínculo
- Desmontar mitos relacionados con Salud Mental Perinatal y Lactancia Materna



Apoyo a Lactancia Materna

- Aclarar todas sus dudas, animarle a plantearlas
- Generar confianza en su propio cuerpo y en su bebé
- Promover Lactancia Materna sin presionar
- Evitar cargas y culpas sea cual sea su decisión
- “Baile”, dejar fluir, sentir y sentirnos, atentas a las demandas y necesidades, con sentidos muy finos.



Apoyo a Lactancia Materna

- Posibilidad de ACOMPAÑAR físicamente desde el nacimiento del bebé:
 - nombrar fortalezas y capacidades de bebé y madre; valorar y apoyar en dificultades de inicio de LM...
 - Hospital, a domicilio... o en consulta
 - Apoyo telefónico
- Grupos de madres y Asociaciones de apoyo a la lactancia
- Lactancia Placentera, gozosa, empoderadora.



Apoyo a Lactancia Materna



**¡FORMACIÓN EN LACTANCIA MATERNA y SM Perinatal!
Tan importante o más que la formación en Psicofármacos**

Acompañamiento por parte de **Psiquiatras perinatales**, con formación específica y actualización constante.

(Si no es posible, **derivar y coordinarse** con profesionales especializados en Lactancia Materna)



Si no desea dar Lactancia Materna o surge algún contratiempo:

- Ofrecer dar Calostro al bebé recién nacido.
- Acompañamiento en inhibición a la lactancia (natural vs. Cabergolina)
- Acompañarles y apoyarles en Lactancia con fórmula.
- También en contacto piel con piel, amorosa y a demanda.
- Dar el biberón como si fuera el pecho. <https://iboneolza.org/2012/08/02/dar-el-biberon-como-si-fuera-el-pecho/>



Psicofármacos y Lactancia Materna

- RIESGOS vs. BENEFICIOS – (tratamiento, enfermedad, lactancia)
- Búsqueda de estabilidad materna y riesgos asumibles
- ¡Riesgos de discontinuación de tratamientos!:
 - ++ riesgo de recurrencia o recaídas de su enfermedad mental
- Decisión compartida, informada.

Un bebé necesita una madre sana



Psicofármacos y Lactancia Materna

- Tratamientos durante gestación... atención al posparto inmediato, ajuste de dosis para evitar efectos adversos y toxicidad (cambios en gestante vuelven rápido a la normalidad)
- Monitorización / Observación del bebé
- Conveniente profundizar en conocimiento y ampliar estudios (escasos estudios a largo plazo sobre el desarrollo psicomotor)



Psicofármacos y Lactancia Materna

- Ningún psicofármaco está aprobado en ficha técnica para ser utilizado en gestación y lactancia materna.
- **A valorar:**
 - Factores maternos, necesidad fármaco (dosis, periodicidad de administración)
 - Factores relativos al bebé (grado de madurez del metabolismo hepático y excreción renal, peso y edad gestacional)
 - Factores relativos al fármaco y sus propiedades: (*Dr. José María Paricio*)
 - Tratamientos no inhibidores de la producción de leche
 - Alcanzar niveles en sangre materna (vía administración)
 - Pasar a leche: peso molecular, fijación a proteínas, otros factores
 - Persistir en leche materna: T_{max} , $T_{1/2}$
 - Biodisponibilidad → niveles en sangre del bebé
 - Efectos secundarios del fármaco en el bebé



Psicofármacos y Lactancia Materna

Clasificación de HALE

Categoría L1	Máxima seguridad. Medicamento que ha sido tomado por un gran número de madres que amamantan sin observarse ningún incremento en los efectos adversos en el bebé. Los estudios controlados en mujeres que amamantan no demuestran un riesgo para el bebé, y la posibilidad de daño al lactante es remota o el producto no es biodisponible por vía oral en un bebé.
Categoría L2	Seguro. Medicamento que se ha estudiado en un número limitado de mujeres que amamantan y que no se ha observado un incremento de los efectos adversos en el bebé; y/o la evidencia de un riesgo probable demostrado que siga al uso de este medicamento en una mujer que amamanta es remota.
Categoría L3	Moderadamente seguro. No hay estudios controlados en mujeres que amamantan; sin embargo, el riesgo de efectos adversos para un lactante es posible; o, los estudios controlados muestran solo efectos adversos mínimos no amenazantes. Se deben administrar medicamentos solo si el beneficio potencial justifica el riesgo potencial para el bebé.
Categoría L4	Posiblemente peligroso. Existe evidencia positiva de riesgo para un bebé que es amamantado, o para la producción de leche materna, pero los beneficios del uso en madres que amamantan pueden ser aceptables a pesar del riesgo para el bebé (por ejemplo, si el medicamento es necesario en una situación potencialmente mortal o enfermedad grave para la cual no se puedan utilizar medicamentos seguros o no son efectivos).
Categoría L5	Contraindicado. Los estudios en madres que amamantan han demostrado que existe un riesgo significativo y documentado para el bebé basado en la experiencia humana; o es un medicamento que tiene un alto riesgo de causar un daño significativo a un bebé. El riesgo de usar el medicamento en mujeres que amamantan claramente supera cualquier posible beneficio de la lactancia materna. El medicamento está contraindicado en mujeres que están amamantando a un bebé.

Mayoría de psicofármacos, categorías L2 y L3



Psicofármacos y Lactancia Materna

Como norma general:

- **Lactancia materna a demanda**
- Se aconseja utilizar **fármacos**:
 - Buena respuesta previa
 - de vida media plasmática corta
 - con elevada unión a proteínas (>85%)
 - biodisponibilidad baja
 - Dosis relativa < 10%.
 - Fármacos ampliamente conocidos
 - mínima dosis eficaz
 - Monoterapia



FÁRMACOS A TOMAR CON PRECAUCIÓN DURANTE LA LACTANCIA	
Antibióticos y antiinfecciosos	Amantadina (RL), Cloranfenicol (H) Quinolonas (O), Clindamicina (G), Lindano (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital, Primidona (S)
Antihistamínicos	Evitar los de 1ª generación (S, RL)
Antiinflamatorios	Sales de oro (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloqueantes (CV)	(elegir Labetalol, Oxprenolol, Propranolol o Metoprolol)
Vasodilatadores antiadrenérgicos (CV)	(elegir Metildopa o Hidralazina)
Descongestivos nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), Cafeína (I), Tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes "activos" (G)
Inmunosupresores (H)	(elegir Ciclosporina o Azatioprina)
Psicofármacos	
Antipsicóticos	Fenotiazinas (Clorpromacina) (S) Litio (CV, S): requiere control clínico y analítico del lactante
Benzodiacepinas (S)	(elegir Lorazepam como ansiolítico)
Antidepresivos	Doxepina (S, CV), Nefazodona (S, CV) (elegir Sertralina, Paroxetina o Fluoxetina)
<ul style="list-style-type: none"> - Mayor precaución en madres con insuficiencia renal, en prematuros y en periodo neonatal. - Consultar medicamentos prohibidos en niños con déficit de glucosa-6-fosfato-DH. 	
Posibles efectos a observar: CV-CardioVasculares, G-Gastrointestinales, H-Hematológicos, S-Sedación, I-Irritabilidad-Insomnio, O-Otros, RL-Reducción láctea	

TIEMPOS DE ESPERA PARA AMAMANTAR TRAS EXPLORACIONES CON RADIOFÁRMACOS	
COBRE-64	50 horas
FLUDESXYGLUCOSA 18F, Flúor 18 (Fluotracer, Fluorscan)	24 horas
GALIO-67 CITRATO	
- 7 Mbq (0,2 mCi)	1 semana
- 50 Mbq (1,3 mCi)	2 semanas
- 150 Mbq (4,0 mCi)	4 semanas
INDIO-111, IN-111M, Satumomab	
Pendetido (OncoScint CR 103)	24 horas
- Con dosis de 20 Mbq (0,5mCi)	1 semana
SODIO-RADIOACTIVO	16 días
TALIO-201	2 semanas
TECNECIO TC-99M	6-12 h. (< 24 h.)
XENON -133, XENON -127	Pocos minutos
YODO	
- 123	36 horas
- 125	12 días
- 131	14 días
YODO-HIPURATO-SODICO I-123, I-131 (Hipuran)	24 horas
<ul style="list-style-type: none"> - Intentar emplear el radionúclido de vida media más corta. - Asesorarse con el radiólogo. - Almacenar leche extraída previamente para darla tras la exploración. - Extraerse la leche el tiempo indicado, desechándola. - El Yodo-131 y el Estroncio-89M empleados para tratamientos, obligan a suspender la lactancia. 	

LACTANCIA Y MEDICAMENTOS: UNA COMPATIBILIDAD CASI SIEMPRE POSIBLE

GUÍA RÁPIDA PARA PROFESIONALES



José Mª Paricio Talayero
Juan José Lasarte Velillas



Los beneficios de la lactancia materna para el lactante y la madre, su familia, el sistema sanitario y la sociedad en general están muy bien documentados en múltiples publicaciones. **Suprimir la lactancia sin un motivo importante supone un riesgo innecesario para la salud.**

Más del 90% de mujeres toman medicamentos o productos de fitoterapia durante el periodo de lactancia, y es frecuente que dejen de dar el pecho por este motivo pese a no estar fundamentado su peligro real más que en un pequeñísimo porcentaje de productos.

Del mismo modo, apenas media docena de enfermedades maternas contraindican o hacen prácticamente imposible la lactancia.

Ante todo debe saber que casi todo lo que se suele prescribir es compatible con la lactancia y que la lactancia, para la mujer y para el lactante, está por encima de la necesidad de muchos medicamentos o remedios que son perfectamente evitables. Los profesionales sanitarios, con unos conocimientos básicos de Farmacología y Pediatría y la utilización de buenas guías, podemos asesorar adecuadamente a mujeres que lactan y que deben tomar remedios para algún padecimiento o por alguna enfermedad.

El paracetamol o el ibuprofeno no causan ningún problema en la lactancia.

Si es necesario un antibiótico para la mejoría o curación de alguna enfermedad infecciosa, casi todos los habituales son compatibles con la lactancia aunque es mejor evitar las quinolonas.

Casi todas las hormonas, incluidos los corticoides, la insulina y la tiroxina son compatibles con la lactancia; sólo hay que evitar los estrógenos, pues provocan disminución en la producción de leche. Si se han de usar anticonceptivos, los mejores son los mecánicos (preservativo, DIU), las píldoras con progestágenos y el método MELA.

Prácticamente todos los medicamentos anti-tiroideos, anti-epilépticos, anti-reumáticos, fármacos para la enfermedad inflamatoria intestinal y varios inmunosupresores, a las dosis habituales, son compatibles con la lactancia.

Todos los procedimientos odontológicos, incluida la anestesia local, el blanqueo de dientes y la prescripción de antibióticos y anti-inflamatorios, también son compatibles con la lactancia.

Las ecografías, las radiografías, los TAC y las Resonancias Nucleares Magnéticas (RNM) son compatibles con la lactancia, aunque sea con contrastes. Muchos de los contrastes empleados en estas exploraciones son yodados, pero el yodo está fijado a la molécula del contraste y no puede liberarse, comportándose como material inerte. La lactancia no debe suspenderse por una mamografía, pero puede dificultar su interpretación, en cuyo caso se puede recurrir a la ecografía. Antes de practicarla conviene vaciar bien el pecho (dar de mamar) para disminuir las molestias de la exploración y facilitar su interpretación. En cambio, hay que consultar cuidadosamente cuanto tiempo se debe dejar de amamantar si lo que se va a practicar es una prueba con isótopos radioactivos (gammagrafía); en este caso, es conveniente haber tomado la precaución de extraer leche previamente para disponer de una reserva necesaria en días posteriores.

En www.e-lactancia.org, una página web de sencillo manejo y en español, encontrará ayuda para tomar decisiones acertadas ante unas 1500 opciones diferentes que pueden implicar a una madre lactante. Si tras consultar esta página persisten las dudas, puede remitir una consulta por correo electrónico.

Para cualquier otra cuestión relacionada con la lactancia materna puede utilizar el foro de profesionales del Comité de Lactancia Materna de la AEP:

<http://www.aeped.es/lactanciamaterna/>

Enhorabuena por intentar mantener la lactancia materna.

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD MENTAL PERINATAL

FÁRMACOS CONTRAINDICADOS EN LA LACTANCIA	
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el yodo*) Derivados del ergot (inhiben prolactina): Ergotamina
Ginecológicos	Derivados del ergot: Bromocriptina, Cabergolina y Lisurida
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros, incluso tópicos*	
Drogas de abuso social	Anfetamina, Cocaína, Fenciclidina, Heroína, LSD, Marihuana Alcohol en exceso
* El yodo es perjudicial en exceso y estos medicamentos contienen yodo en grandes cantidades, pero durante el embarazo y lactancia las mujeres deben tomar un suplemento de 200 microgramos de yodo en forma de yoduro potásico, además de consumir pescado y sal yodada.	



Psicofármacos y Lactancia Materna



SUSCRÍBETE

DONA AHORA

ES ▼

www.e-lactancia.org

124
Shares



¿Es compatible con la lactancia?

Consulta la compatibilidad de la lactancia materna con 28.842 términos

Escribe tu búsqueda

Algunos ejemplos: [Ibuprofeno](#), [Coudina](#), [Bayas de Goji](#), [Fitoterapia](#).

Última actualización: 20 de Abril de 2020 a las 11:59 (CET)



Psicofármacos y Lactancia Materna

- Antidepresivos
- Ansiolíticos-Hipnóticos
- Antipsicóticos
- Litio y otros Estabilizadores del ánimo





Antidepresivos y LM

- Puede ser la mejor opción según sintomatología:
 - Depresión moderada o grave (→ inicio rápido de tto. eficaz)
 - Trastorno ansiedad generalizada
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
- El riesgo de no tratar con Antidepresivos puede ser muy superior al de tratar.
- Es imprescindible valorar cuidadosamente los posibles riesgos y beneficios con cada madre, y elegir la mejor opción terapéutica para ella.
- Valorar buena respuesta previa al fármaco.
- Si inicio de tratamiento AD, valorar el de primera elección, Sertralina (o paroxetina).
- ¡Nunca suspender AD en posparto! Y es arriesgado cambiar de AD.



Antidepresivos y LM

- AD Tricíclicos: Nortriptilina. Amitriptilina. Clomipramina. Imipramina. Doxepina.
- ISRS: Sertralina (primera elección). Fluvoxamina, Paroxetina, Escitalopram, Citalopram. Fluoxetina ($t_{1/2}$: 144h).
- IMAO: Moclobemida. Tranilcipromina (no datos).
- Otros AD: Mirtazapina, trazodona, venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, bupropion, vortioxetina (< datos); agomelatina

Riesgo muy bajo

Riesgo bajo

Riesgo alto

Riesgo muy alto





Testimonio...

*“A los 5 minutos de nacer mi hija ya estaba mamando. Tenía el frenillo corto y se me hicieron **grietas** en los pezones; recuerdo estar por la noche en el hospital pensando mientras ella mamaba que ese **dolor** era terrible. **No conseguí dormir nada** mientras estuve ingresada”.*

*“Estaba **cansada**, **feliz** de haber dado a luz una persona tan increíble y a la vez **asustada**, con **miedos** e **incertidumbres**, muy **agobiada** con las visitas del hospital y sus comentarios (“así no se le pone para dar el pecho”, “¿otra vez a la teta? Va a coger vicio”, “deja que la coja, que la han cogido todos menos yo”, “déjala en la cuna, que se acostumbre”...)”*



...

*“A los 3 días vinimos a casa, yo **seguía sin dormir**. Esperaba que al estar solos en casa estaría más relajada, pero me sentí incapaz, **incapaz de cuidarla**, incapaz de criar a otro ser humano, **incapaz de ser madre**”.*

*“Continuaron mis noches en blanco, pensando en la terrible decisión que había tomado, en que había destrozado la vida a mi pareja y a mi hija, que se merecían más. **Deseé no haberme quedado embarazada, quise morir**. Y sentí culpa, una **culpa aplastante. Mala madre**. Lloraba por dentro mientras la cuidaba como una autómata. Hasta que lloré también por fuera. Tenía **depresión postparto**”.*



...

*“En este proceso duro, en esos momentos de dolor (nunca me había sentido tan mal) y de desconexión, (sentía que todos los días eran uno, una eternidad sin dormir, llena de pensamientos negativos y de culpa) **la lactancia me hizo sentir mejor**”.*

*“Pese al dolor, a las grietas, a la ingurgitación, a los despertares... esos días de postparto fueron mejores gracias a la lactancia. Sentía que pese a ser una madre terrible, le estaba dando lo mejor que tenía a mi hija; **que a través de mi pecho** no iba solo mi leche, **también iban las caricias, los besos, los “te quiero” que en ese momento no podía pronunciar.** Sentí que el cordón umbilical que antes nos unía ahora era la “teta””.*

*“Me hizo sentir cerca de mi hija y mejor, al saber que mi pecho la alimentaba, la calmaba, la dormía. **Le daba el pecho y con él le daba lo mejor de mí**”.*



Ansiolíticos, hipnóticos y LM

- Benzodiazepina de elección: Lorazepam.
- Diazepam, Clonazepam, Alprazolam
- Lormetazepam, midazolam, zolpidem.
Flunitrazepam (t $\frac{1}{2}$ 30h)

- Benzodiazepinas de vida media corta, dosis mínimas.
- Observar posible sedación en bebé y asegurar buena alimentación.
- No se recomienda compartir cama con el bebé.

Riesgo muy bajo
Riesgo bajo
Riesgo alto
Riesgo muy alto





Ansiolíticos, hipnóticos y LM

- Favorecer el descanso y sueño, con apoyo y ayuda familiar en su domicilio. (Diversas alternativas).
- Posición tumbada y LM → descanso madre-bebé.
- Labilidad emocional o trastorno afectivo incipiente: puede ser suficiente lorazepam 1mg/8h o para evitar insomnio.





Antipsicóticos y LM

- Vía oral mejor que vía IM / de larga duración.
- No recomendado modificar el Antipsicótico con el que mantuvo estabilidad durante gestación.
- Si inicio: según clínica, respuesta previa y seguridad para el lactante.
- Situaciones de urgencia-emergencia. Psicosis posparto.
- Observar en bebé: somnolencia-sedación, capacidad de succión y ganancia ponderal, irritabilidad, efectos extrapiramidales.





Antipsicóticos y LM

- Fenotiazinas: **Perfenazina**, **Clorpromazina**, **Levomepromazina** (t ½ 78h)
- **Haloperidol**.
- Tioxantenos: **Zuclopentixol**
- Benzamidas: **Sulpirida**, **amisulprida**, **tiaprida**
- Dibenzodiazepinas: **Clozapina** (menos experiencia), **Olanzapina**
- Dibenzotiazepinas: **Quetiapina**
- **Asenapina** (pocos estudios)
- Benzixoxazoles: **Risperidona**, **paliperidona**

Riesgo muy bajo
Riesgo bajo
Riesgo alto
Riesgo muy alto



Testimonio...

“Supe de mi embarazo durante un ingreso en la Unidad de Agudos, por una recaída de mi Trastorno Esquizoafectivo. Al alta, pude continuar todo mi embarazo en Hospital de Día. Durante ese tiempo, llegó la incertidumbre. “¿Le daré el pecho o no? ¿Podré con la medicación? ¿Si le doy el pecho me expondré a una nueva recaída?” A mi primer hijo no había podido darle de mamar, a la segunda pude durante un tiempo y había sido precioso para las dos.

Todos los pensamientos se agolpaban en mi mente... dudas, tristeza, rabia por tener mis límites.”



...

“En Hospital de Día pude hablar de estas preocupaciones, me informaron de las diferentes opciones y pude elegir continuar con tratamiento e intentar amamantar a mi hijo...

No quería tener una recaída, pensaba que tendría que darle biberón, ingresar sin él, no podríamos estar juntos, ni olerlos, ni sentirnos.

Di a luz, seguí con mi tratamiento, le di pecho, creyendo que tal vez sería durante el primer mes, pero finalmente pude darle 6 meses, y me mantuve estable, feliz y muy satisfecha en todo momento.”

Mujer con diagnóstico previo de Trastorno Esquizoafectivo



...

“Fue algo increíble, estar piel con piel, sentir que era su única fuente de alimentación, el olor, el tacto, el amor... y además sentirme única para mi hijo, creando el alimento para él, la naturaleza es perfecta y sabia.

Para mí, el período de lactancia fue el tiempo y lugar más inmenso y hermoso... ver a mi hijo feliz, confiado, seguro, protegido. Lo mejor que he hecho en mi vida. Es la mejor decisión que pude tomar, amamantar a mi bebé.

La lactancia para mí, a pesar del cansancio, fue una etapa de felicidad.

Amamantando a mi bebé me sentí completa, poderosa, fuerte, única”.

Testimonio de Madre con diagnóstico de T. Esquizoafectivo



Nuevo caso de Primera Visita en USM

- Mujer con su pareja y su bebé, tras ingreso en UCE Psiquiatría (Episodio Maníaco).
- Trastorno Bipolar, estable 5 años, 200 mg Quetiapina al día.
- Se suspendió su tratamiento en búsqueda de embarazo, por temor a efectos adversos para el bebé. Durante la gestación se mantuvo estable.
- En posparto, Lactancia Materna. 3 días de insomnio → Urgencias → Destete + ingreso hospitalario UCE (separación madre y bebé) + tratamiento intensivo.



Lactancia prohibida

¿Qué hacemos con la rabia e impotencia que sentimos cada vez que a una madre se le prohíbe amamantar a su bebé mediante informaciones y amenazas absolutamente falsas? ¿Dónde se denuncian los robos de estas lactancias? ¿Quién defiende los derechos de esas madres y sus bebés? Y lo más importante y difícil: ¿cómo cuidar y acompañar a estas madres cuando sabemos que lo que se les dijo fue falso y que podrían haber amamantado perfectamente?

Ibone Olza; Lactivista. 2013



Litio, otros estabilizadores del ánimo y LM

- Litio
- Ácido Valproico^(*)
- Otros: Gabapentina, Oxcarbazepina, Carbamazepina^(*), Lamotrigina (medir niveles en neonato)

- Monitorizar niveles plasmáticos, función hepática, tiroidea, renal en lactante, a las 6 semanas y cada 8-12 semanas durante LM.
- Siempre buscar ESTABILIDAD MATERNA

^(*)Elevado riesgo teratogénico durante gestación.

Riesgo muy bajo
Riesgo bajo
Riesgo alto
Riesgo muy alto





Litio y LM

- De elección en el tratamiento de:

Manía aguda - Depresión Bipolar - Mantenimiento en T. Bipolar

- Se ha asociado a efectos adversos en el lactante (función tiroidea, renal o neurológica)
- Tradicionalmente se desaconsejaba durante el embarazo o la lactancia → a las madres con trastorno bipolar se les recomendaba optar por la lactancia artificial
- En estudios recientes → niveles de litio en la leche y el suero plasmático de lactantes expuestos son bajos y bien tolerados



Marín Gabriel MA, et al. Litio y lactancia artificial... ¿o mejor lactancia materna? An Pediatr (Barc). 2011



Litio y LM

- Parto hospitalario con UCIN - Coordinación con Pediatría (hospital y ambulatorio)
- Riesgo elevado recaída en Trastorno Bipolar en posparto inmediato (50%). (Riesgo de suspender en periparto... ajustar a dosis mínima)
- Monitorizar Litemia intraparto, madre y neonato
- Monitorizar Litemia, función tiroidea, hepática y renal en lactante a las 6 semanas y cada 8-12 semanas + exploración neurológica - neurodesarrollo.
- Precaución en situaciones de riesgo de deshidratación en lactante (diarrea, fiebre...), por riesgo de intoxicación por Litio.
- La lactancia materna puede ser una opción segura en hijos de madres en tratamiento con carbonato de litio.



Alternativas-complementos a psicofármacos

- Psicoeducación (paciente-pareja)
- Asegurar:
 - Acompañamiento inicial permanente
 - Cuidado de la diada
 - Sueño
 - Apoyo en todas las tareas domésticas
- Psicoterapia individual – pareja – grupal
- Grupos de apoyo a la LM
- Grupos de madres
- Ejercicio físico
- Luminoterapia
- TEC (Depresión grave o Psicosis sin respuesta a fármacos)



Necesidad de dispositivos específicos

- Salud Mental Perinatal en España, mucho por crecer.
- Necesitamos programas específicos de investigación y de formación, dispositivos específicos y creación de una red de servicios de salud mental perinatal, comunitarios y hospitalarios. Multidisciplinares.
- **Unidades de Salud Mental Perinatal**
- **Hospital de Día Madre-Bebé** Hospital Clínic Barcelona (2018): Programa de seguimiento y tratamiento específico + actividades que fomentan el vínculo maternofilial y el cuidado. Equipo multidisciplinar
- Las **Unidades Madre-Bebé** evitan la separación de la madre del bebé, facilitan la continuación de la lactancia materna y permite realizar intervenciones orientadas a favorecer un vínculo sano madre-bebé

(Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal).



Referencias

- *e-lactancia.org*
- *psicosisposparto.org*
- *Lactancia para psiquiatras: recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes.* Ibone Olza Fernández, Elena Serrano Drozdowskyj, Carmen Muñoz Labián.
- *Lactivista.* Ibone Olza; 2013
- *Lactancia y Medicamentos. Una compatibilidad casi siempre posible. Guía rápida para Profesionales.* Comité de Lactancia Materna de la AEP. José María Paricio, Juan José Lasarte.
- *Alternativas al tratamiento farmacológico de madres lactantes con depresión postparto.* Olza,I., Gainza,I, 2003.
- *DEPRESIÓN Y PSICOSIS PUERPERAL: NECESITAMOS DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS.* LI. García-Esteve Programa de Psiquiatría Perinatal, Hospital Clínic Barcelona. *Psicosomática Psiquiatría*;(1)1:81-100. 2017
- Hale, Thomas W; Rowe, Hilary E (2017) *Medications and Mother's Milk.* Springer Publishing Company.
- *Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Monografías de la AEP nº5, 2004*
- *Manual de Psiquiatría Perinatal- Guía para el manejo de los trastornos mentales durante el embarazo, posparto y lactancia.* García-Esteve; Valdés Miyar. Panamericana. 2017
- *Marín Gabriel MA, et al. Litio y lactancia artificial... ¿o mejor lactancia materna? An Pediatr (Barc).* 2011
- *Uso de Psicofármacos durante el embarazo y la lactancia.* Osakidetza. MJ Zardoya, J Medrano y L Pacheco. 2ª ed. 2016.
- *Jillian S.Hardin, Nancy Aaron Jones, Krystal D. Mize, Malannie Platt. Parent-Training with Kangaroo Care Impacts Infant Neurophysiological Development & Mother-Infant Neuroendocrine Activity. Infant Behavior and Development, 2020; 58: 101416.*



GRACIAS