

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



Aproximación al Tratamiento Psicofarmacológico en el Embarazo.

Raquel Carmona

rakelkarmona@gmail.com



En el embarazo, las mujeres somos bombardeadas con consejos sobre lo que es bueno o malo para nuestro bebé.

Sabemos que fumar y beber alcohol puede afectar el desarrollo del bebé, y nos preocupamos por comer sano y evitar alimentos como los quesos blandos o el jamón porque puede conllevar un riesgo de infección intrauterina.

Por lo tanto, somos muy reacias a tomar cualquier tipo de medicamento durante el embarazo.



Cuidados en el embarazo



Visita regularmente a tu médico pues deben realizarte ultrasonidos y dar seguimiento a tu salud y la del bebé.



Toma suplementos como ácido fólico, hierro, yodo o calcio.



Haz el ejercicio recomendado por tu médico para mantener un peso adecuado en el embarazo.



Usa vestimenta y zapatos cómodos (evita tacones) que se adapten al volumen y al aumento de peso para la buena circulación de la sangre.



Aplica cremas de protección solar para evitar manchas y **cremas antiestrías** que prevengan el estiramiento de la piel.



Para evitar el cansancio en el día, ansiedad o estrés, se recomiendan **siestas cortas de 30 a 60 minutos**.



No te automediques, solo el médico puede indicar qué medicamentos puedes tomar en caso de alguna enfermedad.



No consumas alcohol, tabaco o drogas ya que pasan al feto a través de la placenta y pueden causar parto prematuro y deficiencias al bebé.



Ve al dentista si planeas embarazarte o durante los primeros meses de embarazo. La caries y enfermedad periodontal ocasionan partos prematuros.



Lleva una dieta balanceada, rica en vitaminas, proteínas y minerales; bebe suficiente agua, evita la cafeína y alimentos crudos.



Tomar
ácido fólico



No tomar embutidos
o lácteos no pasteurizados



Hacer ejercicio
moderado





No todos los embarazos están planeados, y algunos pueden ocurrir cuando la madre ya está tomando medicamentos.

Y no olvidemos que el riesgo de no aceptar el tratamiento pueden ser severo.

En cualquiera de estos casos, la madre y los profesionales que estamos junto a ella necesitamos información precisa y fácilmente accesible sobre cualquier posible efecto del medicamento sobre el bebé para ayudarla a tomar una decisión informada.



En el año 1991, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió un estudio de utilización de fármacos durante el embarazo en el que participaron 22 países. 1.

Se observó que el 86% de las gestantes recibían un promedio de 2.9 medicamentos.2.

A nivel nacional y en ese mismo año, un estudio multicéntrico detectó que el 92,4% de las gestantes recibía algún medicamento en el embarazo (45% tres o más fármacos).3.

En 1996-1997 el Proyecto Pegasus (Alemania) comprobó que el 84% de las mujeres había recibido al menos un medicamento durante el embarazo (59% por prescripción médica, 14% por automedicación, resto se desconoce).4..

Estos datos se han reproducido en estudios recientes realizados en otros países. 5.



2014 : Estudio de utilización de medicamentos: multinacional, transversal. En Europa, América del norte, América del sur y Australia. Encuesta web desde octubre 2011 a febrero 2012. Objetivo evaluar los patrones y factores asociados con el uso de medicamentos en el embarazo . 9.459 mujeres. 81,2% registró uso de al menos 1 medicamento durante el embarazo (con receta o venta libre)
Sin receta el 66,9% de embarazadas (al menos 1 medicamento) 6.



- Las enfermedades mentales durante el embarazo son una realidad y un problema de salud para la mujer.



El periodo perinatal exige una adaptación de nuestros procesos intrapsíquicos.

Las mujeres con trastornos psiquiátricos crónicos son más sensibles en este sentido y también es más probable que experimenten embarazos no deseados que la población general (Miller et al. 1992).



El uso de psicofármacos durante el embarazo y lactancia es un asunto difícil de abordar debido a la escasez de información certera sobre la que documentar la decisión.

Los datos de los que disponemos proceden de estudios de cohortes, de casos y controles, comunicación de casos únicos aislados o esporádicos, datos de registros poblacionales, estudios farmacocinéticos clínicos y preclínicos.



Tener en mente y explorar el deseo reproductivo de las mujeres con Trastornos mentales es imprescindible.

Deben revisarse los métodos anticonceptivos con la paciente. 7.



La Mujeres deben estar informadas del impacto de los fármacos psicotrópicos en su fertilidad, sobre todo los antipsicóticos que inducen Hiperprolactinemia.







En Mujeres que padezcan Trastornos mentales, lo ideal sería **planificar el embarazo**, e incluir si fuera posible , a la pareja, así como al psiquiatra, ginecólogo, pediatra neonatal y médico de familia.



Si nuestra paciente se queda embarazada, se debe ofrecer un seguimiento regular por parte de un equipo especializado siempre que sea posible.

La coordinación debe estar centrada en una red multidisciplinar para anticipar la atención postnatal específica, como la extensión de la estancia en la Maternidad, la ayuda a domicilio, la intervención comunitaria o cualquier otro tipo de atención específica proporcionada por las políticas locales o nacionales de salud mental perinatal.



La Psiquiatra Perinatal debe garantizar que se coordina una atención interdisciplinaria estrecha, si es posible en forma de un servicio de enlace en el Hospital como interconsulta y también en consulta ambulatoria.



Efectos del “no tratar”

- Derivados de la conducta de la madre cuando está enferma.
- Derivados de las consecuencias de la enfermedad materna sobre el feto.



- Derivados de la conducta de la madre cuando está enferma.



Autolesiones

Peor cuidado en el embarazo

Malnutrición

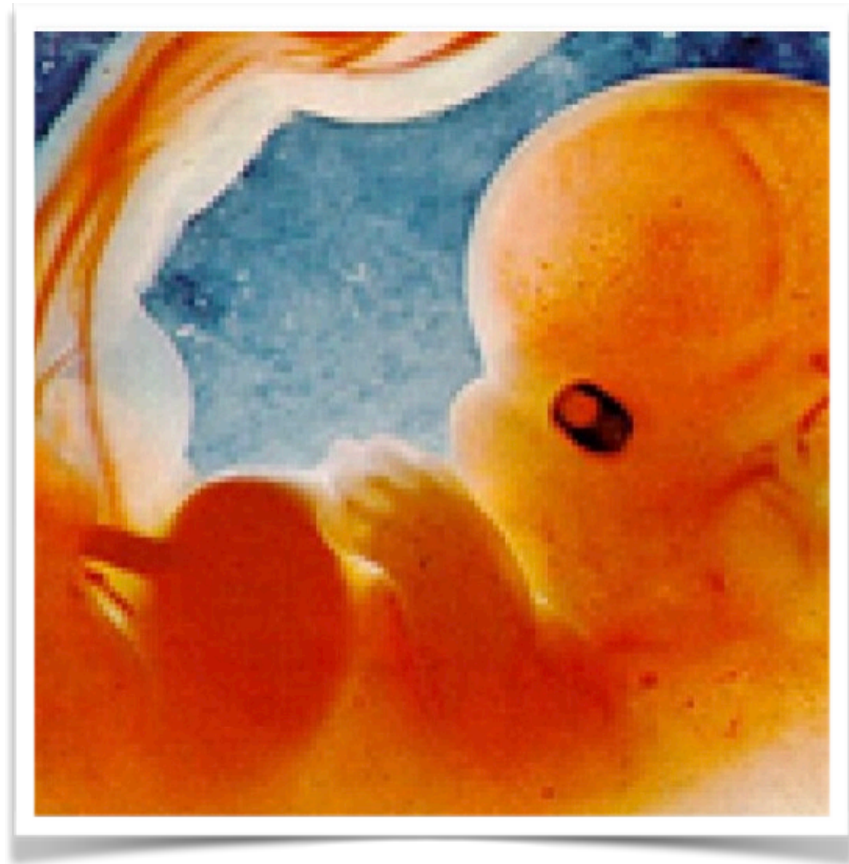
Consumo de tóxicos

Alteración en el vínculo

Suicidio



- Derivados de las consecuencias de la enfermedad materna sobre el feto.



- Efectos perinatales (obstétricos y neonatales).
- Efectos sobre el neurodesarrollo.



En España las Agencias que regulan el uso y condiciones de los medicamentos son la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS),

<https://www.aemps.gob.es/>

y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), <http://www.ema.europa.eu/ema/>

Las directrices más conocidas son las de la agencia reguladora del uso de medicamentos de Estados Unidos (FDA). <https://www.fda.gov/default.htm> y la **ACPM** (Advisory Committee on Prescription Medicines).



<https://mothertobaby.org/es> (antes OTIS)

<https://www.perinatology.com>

<https://www.fundacion1000.es/fundacion1000>

(Propositus) dispone de SITE (Servicio de Información Telefónica para la Embarazada).

<https://www.cdc.gov/pregnancy/>

<https://toxnet.nlm.nih.gov/>

<https://www.entis-org.eu/>

<https://www.fisterra.com/medicamentos/embarazo-lactancia/>

<https://tga.gov.au/prescribing-medicines-pregnancy-database>

<https://safefetus.com/index.php>



En 1979 La Food and Drug Administration (FDA) establece por primera vez , en respuesta a la tragedia provocada por la talidomida , asignó las categorías de riesgo de embarazo (A, B, C, D y X) a todos los fármacos disponibles en los Estados Unidos.

Es un sistema de clasificación basado en estudio en animales y humanos, según el cual los fármacos se dividen en cinco categorías, según la estimación del riesgo de toxicidad fetal. Estas categorías se actualizan cada vez que hay datos. 8.

En el año 2008 la FDA reconoce las limitaciones y ha propuesto nuevas reglas para etiquetar los fármacos en donde considera, evaluación clínica, exposición inadvertida y riesgo disponible .

En 2015, la FDA continúa eliminando gradualmente las categorías anteriores y exige la información de estudios en humanos y animales disponibles de las reacciones adversas maternas o fetales conocidos o potenciales, y los ajustes necesarios de la dosis durante el embarazo y el puerperio. Desde junio del 2015 exige el etiquetado de los medicamentos con información pormenorizada de los riesgos en la gestación tanto para pacientes como para médicos “9”



Having a baby can be a joyous time. The FDA has lots of resources to help you make good choices about medicines, foods, and other products for you and your baby.

- [Medicine and Pregnancy](#)
- [Food Safety](#)
- [Breast Pumps](#)
- [X-Rays and Ultrasounds](#)
- [Other Helpful Tips for New Moms](#)



Recomendaciones psicofármacos y embarazo.

Clasificación del riesgo fetal de la Food and Drug Administration (FDA)	
Categoría A	Fármacos de uso seguro en el embarazo. Estudios controlados en mujeres no demuestran riesgo para el feto en el primer trimestre y no existe riesgo evidente en los trimestres posteriores.
Categoría B	Estudios de reproducción realizados en animales no indican riesgo para el feto, pero no existen estudios controlados sobre mujeres embarazadas; además, estudios de reproducción en animales han mostrado efectos adversos no confirmados en gestantes en el primer trimestre, así como que no existe riesgo evidente en los trimestres posteriores.
Categoría C	Estudios en animales han revelado efectos adversos en el feto (teratógeno, en el embrión u otros). No existen estudios controlados en mujeres o no se dispone de estudios en mujeres y animales.
Categoría D	Existe evidencia positiva de riesgo para el feto humano, pero se acepta el empleo en mujeres embarazadas a pesar del riesgo.
Categoría X	Fármacos contraindicados durante el embarazo por su comprobada teratogenicidad. Estudios en animales o humanos han demostrado alteraciones fetales o evidencia de riesgo fetal basándose en la experiencia humana, o ambas. El riesgo de su uso en embarazadas sobrepasa claramente cualquier posible beneficio.



Fisiología materna

Los cambios fisiológicos del embarazo modifican la farmacocinética y la farmacodinamia de los psicofármacos, lo que provocará cambios en los niveles plasmáticos y en la transferencia placentaria.



Estos cambios normales en la fisiología materna pueden afectar la absorción materna, la desintoxicación y la excreción de drogas de cualquier tipo.

- el vaciado gástrico puede ser más lento, por lo tanto, los medicamentos se absorben más lentamente, pero posiblemente en concentraciones más altas.
- El volumen plasmático aumenta, lo que resulta en una concentración sérica más baja de la droga.
- disminución de los movimientos intestinales, lo que provoca un aumento de la absorción gastrointestinal del medicamento.
- Aumento de la grasa corporal...





Fisiología fetal

- En comparación con el adulto, el suministro de sangre al cerebro y su permeabilidad es mayor en el feto, lo que lleva a una exposición más completa del cerebro fetal a las drogas que la madre tome.
- El hígado fetal tiene una concentración más baja de enzimas microsomales que metabolizan los fármacos, por lo que los efectos pueden aumentar o prolongarse en el tiempo.
- La excreción de la mayoría de los medicamentos a través de la placenta o la orina fetal puede retrasarse, por lo tanto, puede acumularse.



Unidad feto-placentaria

La placenta es un órgano único, que realiza múltiples funciones.

Tiene una función de intercambio de nutrientes y oxígeno y se ha evidenciado que posee receptores para el transportador de la serotonina y de la norepinefrina.

La barrera placentaria comienza a formarse a partir de la segunda semana de gestación y a partir de la semana 16 aumenta en su intercambio.

Conforme va creciendo el embarazo, la placenta pierde grosor y aumenta su superficie, lo que condiciona la difusión farmacológica.

A medida que avanza el embarazo, disminuye el espesor de la barrera placentaria humana, debido principalmente a la desaparición parcial del citotrofoblasto.”10”



La transferencia placentaria de sustancias, incluidos los fármacos, está regulada por factores anatómicos, fisiológicos y bioquímicos:

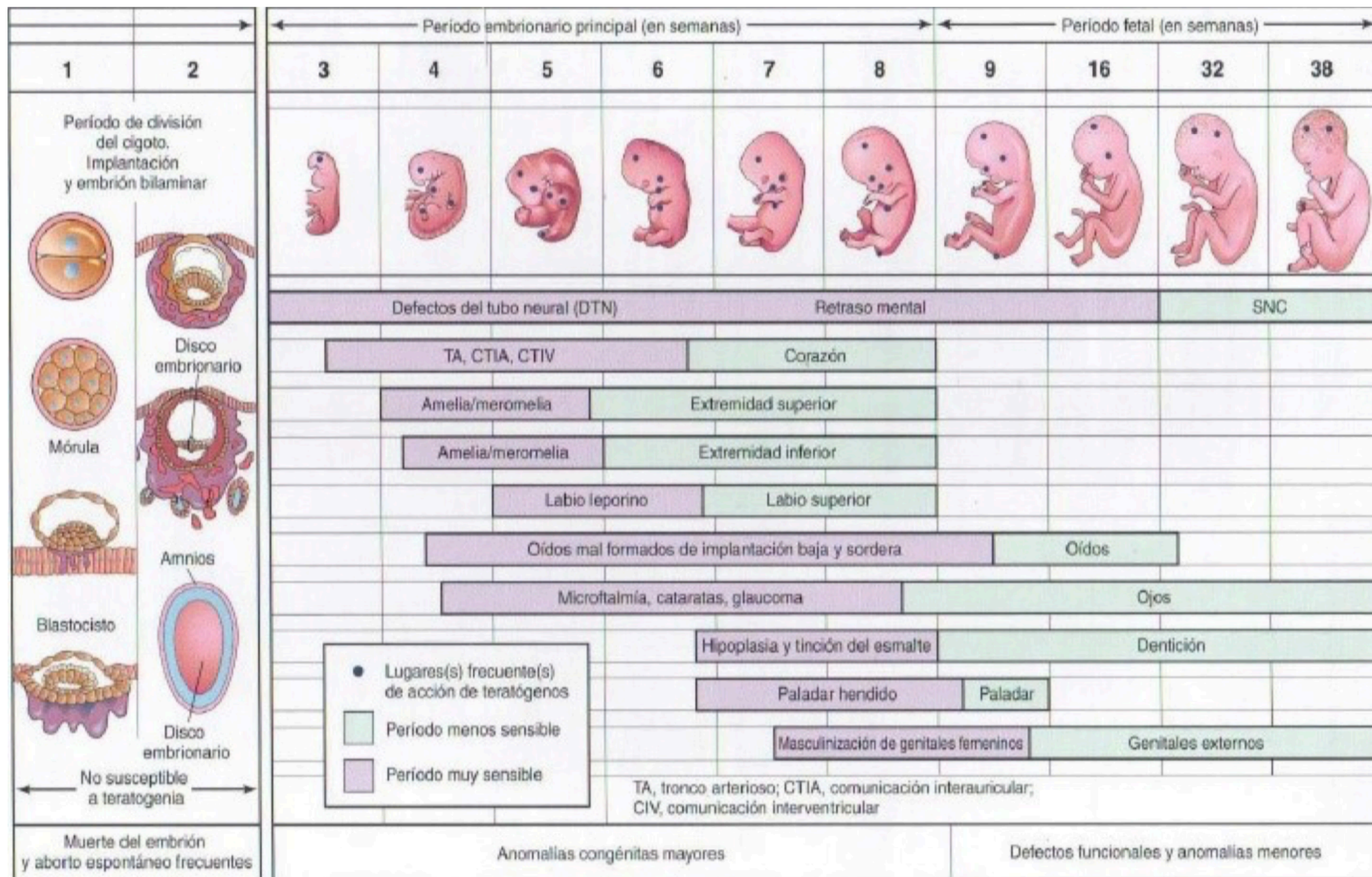
- Espesor y superficie placentaria.
- Gradiente de concentración a través de la membrana.
- Diferencia de presión hidrostática y osmótica a cada lado de la barrera placentaria.
- Flujo sanguíneo uterino.
- Tensión arterial de la madre.
- El Ph (grado de acidez).



Los determinantes más importantes de la tasa de transferencia placentaria de un fármaco son: su peso molecular, su liposolubilidad, su grado de ionización y su grado de unión a proteínas.

Los fármacos con bajo peso molecular (<500 g/mol) difunden libremente a través de la placenta; los que tienen mayor peso (entre 500-1000 g/mol) tienen más dificultades para cruzar la placenta, mientras que los de alto peso molecular (>1000 g/mol) no cruzan la membrana placentaria

¹. La barrera placentaria es especialmente permeable a sustancias liposolubles, de bajo peso molecular, de escasa ionización a pH fisiológico y con escasa unión a proteínas plasmáticas



- Lugares(s) frecuente(s) de acción de teratógenos
- Período menos sensible
- Período muy sensible



GRUPOS FARMACOLÓGICOS MÁS USADOS



ANTIDEPRESIVOS

- El uso de antidepresivos durante la gestación ha aumentado en la última década pasando del 1,2 % a casi un 3%. “11”.

La tasa de uso de antidepresivos durante el embarazo varía de 2 a 7% según el país.”12-13”

Esta tasa de prescripción relativamente alta probablemente esté relacionada con el uso generalizado de estos medicamentos en la población general.



ANTIDEPRESIVOS

- La ansiedad y la depresión materna ejercen un impacto sobre la programación fetal, sobre la circulación placentaria y sobre el eje hipotálamo hipofisario adrenal.
- Todos los antidepresivos atraviesan la barrera placentaria. Estudios en roedores demuestran puede promover cambios persistentes en la bioquímica cerebral fetal y provocar alteraciones del comportamiento. “14-15”

Este metanálisis concluye que existe una asociación entre la depresión prenatal y una mayor frecuencia de partos pretérmino y de recién nacidos con bajo peso al nacer



- Los ISRS son los más usados y de los que se tiene más información.
- ANTIDEPRESIVOS COMO GRUPO GENERAL
- DOS METANALISIS RECIENTES: “16-17”

No hay pruebas de un incremento del riesgo de malformaciones mayores en ninguno de los dos metanálisis.

- Se observa un ligero incremento del riesgo para malformaciones cardíacas, a expensas de la PAROXETINA,
- <https://www.gsk.com/media/1651/paxil-cr-or-paxil-during-pregnancy.pdf>
- Un incremento específico para los defectos septales y particularmente cuando se prescribió más de un ISRS.



El uso de psicofármacos como ISRS, en especial la paroxetina, la fluoxetina y la sertralina, durante el tercer trimestre del embarazo podría causar **Síndrome de Adaptación Neonatal (SAN)**. Este síndrome también se denomina mala adaptación neonatal.

Entre sus síntomas se incluyen nerviosismo, convulsiones, llanto anormal, trastornos alimentarios, dificultad respiratoria e hipoglucemia...

Las causas de este síndrome aún no se conocen bien.

Son habitualmente leves y transitorios y no precisan tratamiento. “18”



Dada la breve necesidad de hospitalización de los recién nacidos y la vida media más prolongada de los ISRS, los síntomas podrían incluso aparecer después del alta.

Los lactantes expuestos a antidepresivos podrían permanecer hospitalizados al menos de 72 a 96 horas.”·19”.

En ningún caso se ha asociado a muerte neonatal.



Algunos estudios (Casper 2015; Chambers et al. 2006) informaron de un mayor riesgo de hipertensión pulmonar en bebés cuyas madres tomaron ISRS después de la semana 20 de embarazo (en comparación con un grupo de control). Esta asociación no se observa cuando la exposición a ISRS es temprana. “20-21”

En casos graves, requeriría cuidados neonatales intensivos.



La necesidad del tratamiento siempre debe reevaluarse en el período perinatal para sopesar los riesgos para el bebé de la exposición a antidepresivos frente al riesgo de exposición a las consecuencias de la alteración en el estado de ánimo materno.

El consejo es vigilar de cerca al bebé durante el embarazo y el período neonatal temprano.



RESUMEN DEL MANEJO:

- Evaluar de manera meticulosa e individual.
- Dar información reciente a la madre ya que es una decisión compleja por la falta de homogeneidad en los estudios.
- Cuidado con interrumpir los AD al conocerse el embarazo.
- Entre los ISRS, priorizar los más estudiados y seguros. Fluoxetina, Sertralina y Citalopram.
- Se desaconseja la Paroxetina, pero hay que valorar suspenderlo si ya lo está tomando..



ANTIPSIKÓTICOS

- La eficacia y seguridad de estos fármacos se han estudiado sobretodo en mujeres que padecen esquizofrenia.
- La transferencia placentaria es mayor para la olanzapina, seguida de Risperidona y Quetiapina. “22”.

En general, los estudios NO los asocian a malformaciones mayores que los esperados en población general.”23-24”



Antipsicóticos de Primera Generación.

El uso de antipsicóticos de primera generación no parece dar lugar a un aumento importante en el riesgo de malformaciones congénitas.

Algunos estudios retrospectivos informaron de casos de malformación, hasta ahora no confirmados, particularmente con fenotiazinas.



Antipsicóticos de Segunda Generación.

El riesgo de sobrepeso y obesidad en pacientes que toman Antipsicóticos atípicos (AA) es conocido y este riesgo se mantiene en el subgrupo de las mujeres embarazadas.

Si esto es así y aunque no hay estudios concluyentes, deberíamos estar pendientes de la Diabetes Gestacional en nuestras pacientes.

Los bebés cuyas madres fueron tratadas con AA durante el embarazo parecen tener sobrepeso con mayor frecuencia, independientemente de cualquier condición materna.”25”.

Este es un factor de riesgo de obesidad, enfermedades cardiovasculares y diabetes en la edad adulta.





También parece que aumenta la prematuridad con mayor frecuencia (Nulman 2014).

Se han notificado algunos casos esporádicos de complicaciones neonatales después de la exposición prenatal a la risperidona, en particular la abstinencia y los síndromes extrapiramidales . Síndrome de Adaptación Neonatal. “26”



La literatura informa de “complicaciones perinatales” en aproximadamente el 15% de los casos de exposición prenatal a la olanzapina, pero no hay datos disponibles sobre su tipo, gravedad o resultado de estas complicaciones.”²⁷”



RESUMEN DEL MANEJO:

- Explorar el deseo de ser madres de nuestras pacientes e Informar a las mujeres sobre los riesgos tanto de hiperprolactinemia como de las consecuencias metabólicas.
- La Quetiapina podría postularse como de primera elección en pacientes sin tratamiento previo.
- La Clozapina y Ziprasidona **no son de primera elección si se planifica el embarazo.**
- Evitar los de liberación retardada. (NICE,2007). Optar por Neurolépticos via oral, repartidos en varias tomas.
- Equipo multidisciplinar que gestione el caso.



BENZODIACEPINAS/HIPNOTICOS

- Poseen un bajo riesgo teratogénico, en general, pero se aconseja estudiar cada compuesto de manera individual.



Los estudios realizados en la década de 1970 vincularon la exposición prenatal a las Benzodiazepinas (BZP) con defectos de nacimiento, especialmente faciales.

Esto es especialmente manifiesto desde los metaanálisis del grupo de Altshuler, quiénes en 1996 revisaron catorce trabajos anglosajones específicos sobre embarazo y BDZs, publicados entre 1966 y 1995 (Altshuler y cols.,1996), concluyendo que la exposición prenatal a BDZs se acompaña de un cierto riesgo de hendidura del paladar oral en el RN .”28”

Estos resultados se han puesto en tela de juicio porque no tuvieron en cuenta los principales factores de confusión

(como el consumo concomitante de alcohol, otros tratamientos psicotrópicos o la epilepsia), pero el riesgo de malformaciones del labio leporino no se puede descartar por completo.”29”



SINDROMES PERINATALES

La ingesta de dosis altas de BZP(equivalentes a más de 30 mg de diazepam) en el tercer trimestres del embarazo , puede conducir a dos tipos significativos de riesgo.

Por un lado, el síndrome **Floppy Infant Syndrome** o síndrome del lactante hipotónico (hipotermia, alteraciones respiratorias, hipoxia, dificultades para la alimentación y retraso en la lactancia).

Se presenta inmediatamente después del nacimiento y persiste durante horas y días.



FLOPPY INFANT SYNDROME





Por otro lado, el **Síndrome de Adaptación Neonatal (SAN)** (inquietud, hipertonía, hiperexcitabilidad, temblor y convulsiones) también es posible y requiere monitorización pediátrica durante las primeras semanas de vida.”³⁰”

Los síntomas pueden aparecer tras el parto y a veces hasta varias semanas más tarde e incluso se ha descrito que pueden durar varios meses, dependiendo del grado de consumo de la madre y las características de la BDZ empleada, aunque la mayoría de ellos se observan -como hemos dicho - dentro de las primeras 48 horas después del parto, con lo que suele considerarse suficiente un periodo de observación de 72 horas para detectarlos, siendo excepcional su presentación pasados 6 días del parto “³¹”

Cabe destacar que el consumo a largo plazo de BZP, incluso a dosis bajas, puede generar síntomas de abstinencia en el lactante .



Los datos recientes también indican un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, bajo puntaje de Apgar, trastornos respiratorios y lactantes pequeños para la edad gestacional. “32-33”.



Finalmente, los pocos estudios existentes no informan de ningún efecto significativo sobre el desarrollo infantil.”34-35”.

Un problema importante con la ingesta de BZP durante el embarazo es que algunas pacientes toman este tipo de tratamiento sin informar a las profesionales (médica o enfermera), que a menudo lo descubre solo después del diagnóstico de los trastornos relacionados con BZP en el bebé.



RESUMEN DEL MANEJO:

- Informar a nuestras pacientes que lo estén tomando y deseen quedarse embarazadas que su uso debe restringirse a las dosis más bajas posibles y a cortos espacios de tiempo.
- Intentar que en el primer trimestre, primeras 12 semanas si se tienen que tomar sea a dosis bajas. Eco 16-18 semana de gestación.
- Si las dosis han sido elevadas en el tercer trimestre, se recomienda reducir antes del parto.
- Si es necesario, los medicamentos de semivida de eliminación corta como el lorazepam, tomados selectivamente, parecen ser la mejor opción.



LITIO

- La exposición al litio en el primer trimestre del embarazo clásicamente se ha asociado a un riesgo incrementado de malformaciones congénitas, predominantemente cardíacas, en particular, la anomalía de Ebstein. “36”

Recientes estudios han sugerido que no tiene el potencial teratogénico que se le había atribuido. “37 38”



El último metanálisis no mostró evidencia formal de un vínculo entre la ingesta de litio durante el embarazo y las malformaciones cardíacas (McKnight et al. 2012).

Finalmente, parece imposible afirmar o refutar de manera concluyente cualquier relación específica entre el litio y la anomalía de Ebstein.”40”

Por lo tanto, se recomienda que todas las mujeres que reciben litio durante el embarazo se sometan a una ecocardiografía fetal y un examen de ultrasonido de nivel 2 (exploración anatómica).”41”



RESUMEN DEL MANEJO:

- Recordar el deseo de embarazo en nuestras pacientes, e informar sobre el potencial riesgo de malformación cardíaca.
- Manejo durante el embarazo
- Manejo en el parto y posparto inmediato



MANEJO DURANTE EL EMBARAZO

Es probable que el uso de litio durante el período fetal conduzca a un aumento significativo del peso al nacer (Diav-Citrin et al. 2014).

Los pediatras deben controlar cuidadosamente a los bebés para detectar complicaciones respiratorias y neuromusculares transitorias(Newport et al. 2005).”42”

Los niveles de litio en sangre de la madre deben mantenerse tan bajos como sea posible, según su historial clínico (0,4-0,6 mEq/l para profilaxis de depresión bipolar y de 0,6-0,8 mEq/l para profilaxis de manía), y fragmentar las dosis de litio en hasta 3-4 tomas al día. Manual de psiquiatría perinatal. García esteve. Editorial panamericana.pag 118.

Las pautas de 2007 del NICE aconsejan a los médicos que controlen los niveles de litio en la sangre materna mensualmente desde la semana 20 de gestación y semanalmente desde las 4 semanas antes del parto.

Pocos estudios describen los riesgos de teratogénesis neurológica, cognitiva y conductual a largo plazo. Ni Los resultados a los 5 años .”43”

Ni a los 15 años (Van Der Lugt et al. 2012) sugieren características distintivas de estos bebés a medida que maduran.”44”



El litio ya no está realmente contraindicado durante el primer trimestre del embarazo y ciertamente no es en sí mismo una indicación para la interrupción del embarazo en la actualidad.

El riesgo de defectos congénitos también debe considerarse a la luz de la disponibilidad de pruebas de ultrasonido y el progreso en la cirugía cardíaca pediátrica.

Aquí, incluso más que con otros medicamentos psicotrópicos, es esencial evaluar la relación beneficio / riesgo para cada paciente.

Viguera y col. (2000, 2007) han enfatizado la importancia de la estabilización del estado de ánimo durante el embarazo: las mujeres que suspenden su tratamiento con litio durante el embarazo tienen un riesgo de recurrencia postnatal dos veces mayor que las pacientes no embarazadas, y esta recurrencia puede ocurrir 4 veces más rápidamente y duran 5 veces más.
“45-46”



La interrupción del tratamiento con litio debe ser estudiada, incluso si el embrión está expuesto, porque el riesgo teratogénico se considera actualmente menor que el de la descompensación generada por la interrupción brusca.”47”

Si decide interrumpir el litio, debe hacerse progresivamente y mantener seguimiento psiquiátrico.



MANEJO EN EL PARTO Y POSPARTO

Si el tratamiento continúa durante todo el embarazo, Mantener dosis mínima eficaz, fraccionando dosis, para evitar picos.

La marcada variación en el volumen sanguíneo y el aumento de la tasa de excreción renal durante el embarazo hacen necesaria una monitorización regular de los niveles de litio en la madre.

Se recomienda una disminución progresiva de la dosis en los días anteriores al nacimiento para evitar una sobredosis en el período postparto inmediato.

Se ha sugerido la retirada temporal (24-48 horas) del sitio durante el trabajo de parto, con la finalidad de minimizar sus posibles efectos tóxicos sobre el neonato.”48”

No está claro que esta medida disminuya las complicaciones neonatales, por este motivo se sugiere que el parto se realice en un hospital con unidad de cuidados neonatales intensivos.”49”

Se debe mantener una hidratación adecuada durante el parto para evitar una sobredosis neonatal o intox. Materna.



ANTICONVULSIVANTES

- La exposición a anticonvulsivantes en el primer trimestre multiplica x3 el riesgo de presentar malformaciones congénitas con respecto a la población general. Espina bífida, defecto septal atrial, fisura palatina, hipospadias, polidactilia y craneosinostosis.
- La tasa global de malformaciones congénitas mayores es mayor con valproico en monoterapia, seguida de carbamacepina y lamotrigina.”50”
- El riesgo es dosis-dependiente.
- En el caso del valproico, el riesgo se eleva por encima de 700 mgr/24h., carbamacepina 400 mg./24 h y lamotrigine 300 mg. /24 h. “51”



RESUMEN DEL MANEJO: ANTES DEL EMBARAZO

- A nuestras pacientes en edad de quedarse embarazadas y que tomen anticonvulsivantes: Cuidado con la carbamacepina y los anticonceptivos!
- La carbamacepina, un inductor enzimático del CYP3A4, puede reducir en un 50% o más las concentraciones sericas de los estrógenos exógenos (etinilestradiol) y reducir su eficacia anticonceptiva.
- La lamotrigina tiene mejor perfil de seguridad. Sería el de “elección” si TBP en edad de ser madre. En pacientes en tratamiento con anticoncepción hormonal combinada, el etinilestradiol se ha asociado con una reducción de los niveles plasmáticos de lamotrigina del 40-60%, por lo que habrá que monitorizar los niveles
- Las modificaciones en estos tratamientos deberían hacerse antes de quedarse embarazada.



RESUMEN DEL MANEJO: DURANTE EL EMBARAZO

- Utilizar menor dosis eficaz.
- Monitorizar niveles trimestralmente. En el caso de la lamotrigina , se deben monitorizar una vez conocida la gestación y cada 4 semanas. “52”
- Eco y controles especiales.
valproico: evitar el uso de este producto en mujeres en edad reproductiva.

▪



NO OLVIDAR!

- Las mujeres diagnosticadas de un trastorno psiquiátrico han de recibir el tratamiento (psicofarmacológico o no) adecuado a cada etapa de la gestación, parto, posparto y lactancia.
- Aquellas mujeres sin antecedentes psiquiátricos previos, que presenten síntomas psicopatológicos, deben ser diagnosticadas y tratadas eficazmente.
- La lactancia materna hasta los 6 meses de vida está recomendada por la OMS , así como por organizaciones como la AAP, AEP.



- . Priorizar el uso de psicofármacos más estudiados, los más seguros y los de mayor beneficio. Evitar los de comercialización más reciente.
- . Valorar los potenciales riesgos teratogénicos de los fármacos en función de la edad gestacional y de los periodos sensibles de la embriogénesis.
- . Siempre que sea posible, utilizar monoterapia y evitar politerapia.
- . Seleccionar, preferentemente, los fármacos que no tengan metabolitos activos.
- . Se deben utilizar los fármacos de vida media corta, evitando los de liberación sostenida.



. Utilizar la dosis terapéutica mínima durante el menor tiempo posible compatible con un tratamiento eficaz.

. Tener en cuenta los cambios farmacocinéticos a lo largo del embarazo y monitorizar, si es posible, los niveles plasmáticos del fármaco para realizar ajuste de dosis.

. Coordinar la evaluación de los efectos secundarios de los psicofármacos con el pediatra.

. Monitorizar los niveles plasmáticos y la función hepática y renal, si es posible.

Los recién nacidos prematuros tienen menor capacidad para tolerar fármacos respecto a los nacidos a término y los lactantes.



Caso clínico

- Mujer de 36 años, vive en pareja. Un hijo de 15 años de una anterior pareja con la que no tiene relación.
- Diagnosticada de Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntoma de esquizofrenia.
- Fue derivada desde atención primaria al conocerse el estado de gestación. Acude sin tomar su tratamiento habitual ya que fue retirado por su médico a petición de la paciente.
- Presentaba alteraciones en el contenido del pensamiento en forma de ideas delirantes. Gran componente ansioso. Hiporexia.
- COORDINACIÓN CON EL SERV. OBSTETRICIA.
- tratamiento: Risperidona 6 mgr. /24 h. Tratamiento ya demostrado eficaz para la paciente en otras ocasiones registrado en su historial.
- Se fracciona en varias veces al día.
- Buen cumplimiento. Estabilización clínica.
- Parto a término, vaginal. Lactancia hasta los 8 meses de la bebé.
- Dificultades en el vínculo.



Muchas gracias





- La información presentada en esta presentación es exclusivamente para uso personal de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No puede ser colgada en la red ni reenviada. Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (Ibone Olza, IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo