



# CÁPSULAS DE FORMACIÓN en depresión

Cursos rápidos online de resolución de dudas clínicas sobre la depresión

## Uso de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia

*Lluïsa García-Esteve\** y *María Luisa Imaz Gurrutxaga\*\**

\* Coordinadora de la Unidad de Psiquiatría Perinatal y Género del Hospital Clínic de Barcelona (UPPiRG).

\*\* Especialista Senior del Servicio de Psiquiatría Unidad de Psiquiatría Perinatal y Género del Hospital Clínic de Barcelona (UPPiRG).

### 1. Introducción

Los estudios epidemiológicos confirman que las mujeres presentan de dos a tres veces más morbilidad depresiva que los hombres. La franja de edad asociada a una mayor vulnerabilidad para la aparición y recurrencia de trastornos afectivos en la mujer corresponde a los años reproductivos. El embarazo ha sido considerado durante décadas una etapa de bienestar emocional. Sin embargo, los estudios de los últimos años ponen de manifiesto que más de un 20% de las mujeres embarazadas presenta alguna forma de trastorno depresivo o ansioso que requerirá intervención médica durante el embarazo. Un 10% de las madres presentará una depresión a las 6-8 semanas del parto (García-Esteve).

En la actualidad, la elevada prevalencia de mujeres en edad reproductiva afectas de un trastorno depresivo tratado psicofarmacológicamente, que desean tener hijos, hace que los profesionales de la psiquiatría, la ginecología, la neonatología y de la medicina de familia se enfrenten a situaciones clínicas y terapéuticas complejas. Las mujeres acuden preguntando qué deben hacer con el tratamiento antidepresivo y qué riesgos asumen en el caso de decidir abandonarlo o mantenerlo, debiendo tomar decisiones no exentas de dilemas, dudas e implicaciones legales.

Hoy sabemos que todos los psicofármacos atraviesan la placenta, llegan al líquido amnió-

tico y se encuentran en la leche materna. La existencia de problemas éticos y metodológicos para la realización de ensayos clínicos con psicofármacos en población embarazada, dificulta disponer de evidencia suficiente sobre sus efectos teratogénicos, neonatales y neuroconductuales que nos permitan administrarlos con total seguridad.

Los fármacos antidepresivos más utilizados para el tratamiento de la depresión durante la gestación son los **inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (IRSS)** y los **inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (IRSN)**.

- De forma más esporádica también se usan los antidepresivos de segunda generación noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos como la **mirtazapina**, la **trazadona** y el **bupropion**.
- Los datos existentes hasta el momento no indican un incremento del riesgo teratogénico en relación a los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de la serotonina (ISRS), los tricíclicos y los tetracíclicos.
- Se recomiendan como antidepresivos de elección los ISRS más estudiados, como son la **fluoxetina**, la **sertralina**, y el **citalopram**. Aunque menos estudiados, no se ha descrito un incremento del riesgo teratogénico en relación al **escitalopram**, la **fluvoxamina**, la **venlafaxina**, el **bupropion**, la **mirtazapina** y la **trazadona**.

- Se aconseja individualizar la indicación de tratamiento con **paroxetina** al existir datos controvertidos sobre el incremento de cardiopatías septales fetales tras la exposición en el primer trimestre de embarazo.
- No se disponen de datos sobre la seguridad de **duloxetina** y **agomelatina**.
- Se recomienda evitar el uso de **IMAOs**.

El uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia exige un proceso de evaluación del riesgo beneficio dirigido a minimizar tanto la exposición a la depresión materna como a los efectos de los antidepresivos sobre la concepción, la embriogénesis, la adaptación neonatal y el neurodesarrollo.

## 2. Caso clínico: María G

María G. de 35 años de edad, hija única, casada desde hace 8 años, es diplomada en Turismo y trabaja como comercial en una agencia de viajes a tiempo completo. Tiene antecedentes de 3 episodios depresivos con comorbilidad ansiosa (crisis de angustia) desde los 20 años de edad. Derivada para asesoramiento preconcepcional a un Programa de Psiquiatría Perinatal ya que la paciente, ante sus deseos de tener un hijo, plantea a su psiquiatra de referencia una serie de cuestiones respecto al tratamiento que está realizando.

### 2.1 Antecedentes psiquiátricos:

A los 21 años de edad, coincidiendo con los exámenes finales del último curso de Turismo, presenta un cuadro caracterizado por crisis de angustia de repetición que trata con benzodiazepinas (alprazolam 0,25 mg/cada 8 horas) durante 4 semanas, presenta remisión clínica completa y se realiza retirada gradual del tratamiento a petición de la paciente.

En septiembre de ese mismo año presenta un cuadro de ansiedad de predominio somático (nudo en el estómago, molestias gástricas, taquicardia, sensación disneica, miedo y temor inespecíficos) que, a pesar del tratamiento con benzodiazepinas, evoluciona hacia un episodio depresivo moderado caracterizado por tristeza intensa, ansiedad somática, cansancio extremo, falta de interés por el entorno, sentimientos de minusvalía, dificultad para el funcionamiento cotidiano, insomnio de conciliación y de mantenimiento, disminución del apetito asociado a pérdida ponderal de 2-3 kg en 1 mes.

Se instaura inicialmente tratamiento con alprazolam 0,75 mg/día y se asocia tratamiento con paroxetina 20 mg/día en dosis crecientes con buena respuesta inicial y remisión completa a los 3 meses de tratamiento. Debido a que la paciente presenta efectos secundarios sexuales (inhibición de la libido y anorgasmia), se sustituye paroxetina por fluoxetina 20 mg/día. La paciente mantiene el tratamiento con fluoxetina 20 mg/día durante 6 meses con posterior retirada gradual.

La paciente se mantiene estable sin medicación hasta los 30 años de edad.

Coincidiendo con un estresor laboral, presenta un segundo episodio depresivo mayor con importante pérdida ponderal asociada por lo que se decide realizar tratamiento con sertralina. Después de 12 semanas de tratamiento y llegar hasta una dosis de 200 mg/día de sertralina, la paciente presenta sólo una mejoría parcial de los síntomas, por lo que se sustituye sertralina por venlafaxina de acción retardada hasta 225mg/día.

La paciente presenta remisión completa de los síntomas depresivos y se mantiene totalmente asintomática durante 4 años con dosis de mantenimiento de venlafaxina retard 150 mg/día y tratamiento psicoterápico de orientación cognitivo-conductual mensual.

A los 34 años de edad y ante el deseo de quedarse embarazada, la paciente consulta con su ginecólogo y decide suspender de forma abrupta el tratamiento con venlafaxina. Presenta síntomas de discontinuación durante 2-3 semanas. Se mantiene estable con la psicoterapia mensual, sin conseguir un embarazo.

A los 7 meses de haber interrumpido la venlafaxina, presenta un tercer episodio depresivo con intensa apatía y anergia. Su psiquiatra le propone iniciar tratamiento con fluoxetina hasta dosis de 40 mg/día, dado su deseo gestacional y la buena respuesta previa a este ISRS. La paciente mejora rápidamente con recuperación clínica completa y después de 6 meses de tratamiento acude a una visita para asesoramiento preconcepcional.

### 2.1.1 INFORMACIÓN PSIQUIÁTRICA ADICIONAL

La paciente no tenía antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas. No había presentado ideación suicida ni conductas autolíticas durante los episodios depresivos.

### 2.1.2 OTROS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés.
- Antecedentes ginecoobstétricos: Menarquia: 14 años de edad. Fórmula menstrual: 4/28. Paridad: 0-0-0-0. Método anticonceptivo: preservativo. FUR (Fecha Última Regla): 23.05.2011
- Ex fumadora de 6-7 cigarrillos/día desde los 32 años. Consumidora esporádica y recreacional de alcohol. Niega consumo actual o pasado de otros tóxicos de abuso.
- Sin alergias tóxico-medicamentosas conocidas.

### 2.1.3. ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES

No antecedentes psiquiátricos ni de consumo de tóxicos en familiares de primer grado.

## 2.2 PARTE 1: Consulta preconcepcional:

Fecha de visita: 28.05.2011

*“La paciente se encuentra eutímica (EPDS=2, STAI-E=8). Consultó a su Médico de Atención Primaria e inició una retirada gradual de fluoxetina dos meses antes a la visita preconcepcional, como preparación a la gestación. La paciente realiza tratamiento con fluoxetina 20mg/día, ácido fólico 400 mcg/día y mantiene el tratamiento psicoterápico de orientación cognitivo-conductual con periodicidad mensual”.*

Los aspectos relevantes de la historia médica de la paciente a tener en cuenta durante el proceso de toma de decisiones son:

1. El tipo de trastorno psiquiátrico que padece así como el curso clínico de la enfermedad.
2. Los tratamientos psicofarmacológicos y no psicofarmacológicos realizados previamente y la respuesta a los mismos.
3. La historia de consumo de sustancias de abuso actual o pasada, si existe comorbilidad médica.
4. El tipo de apoyo social que espera tener la paciente durante el embarazo.
5. Si la paciente ha informado a sus médicos de referencia (psiquiatra, médico de familia, obstetra) su deseo gestacional.
6. Las preferencias de la paciente respecto al tipo de tratamiento que quiere realizar durante la gestación.

Durante la visita se discuten conjuntamente con la paciente los riesgos de exposición fetal y neonatal a los fármacos antidepresivos y a la enfermedad materna no tratada así

como los beneficios del tratamiento antidepresivo tanto para el feto/neonato como para la madre.

### 2.2.1. MARÍA G. ¿DEBE SUSPENDER O MANTENER EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO?

*“Teniendo en cuenta los antecedentes de trastorno depresivo recurrente (TDR) de la paciente, ésta tiene riesgo de recurrencia si suspende el tratamiento antidepresivo. Este riesgo es especialmente elevado en el caso de María G. dado que su última descompensación depresiva tuvo lugar en el año previo a la consulta preconcepcional tras una retirada brusca de medicación”.*

- a.** El 50-60% de las personas con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan un segundo episodio, y éstas tienen un 70% de posibilidades de presentar un tercer y cuarto episodio.
- b.** Existen estudios que muestran que la recurrencia depresiva se produce en menos tiempo si la retirada del tratamiento antidepresivo se realiza de forma rápida (Baldessarini y cols., 2010) que si se retira de forma gradual y que el 68% de las mujeres con antecedentes de TDR que suspenden el tratamiento antidepresivo durante la gestación presentan una recurrencia depresiva frente al 26% de las que lo mantienen (Cohen y cols., 2006).
- c.** Se ha demostrado la eficacia de la terapia de orientación cognitivo-conductual y la terapia interpersonal para el tratamiento de los trastornos depresivos durante el embarazo y el posparto. Ambos tipos de terapias pueden ser tratamientos de primera elección en caso de depresiones leves o moderadas, así como coadyuvantes al tratamiento farmacológico en el caso de depresiones graves con una respuesta parcial al mismo (NICE CG45, 2007). En contrapartida, los estudios controlados, no han demostrado la eficacia de las intervenciones psicológi-

cas dirigidas a la profilaxis de la depresión posparto.

### **Nuestra recomendación: Mantener el tratamiento combinado con un fármaco antidepresivo y psicoterapia.**

### 2.2.2. ¿CUAL ES LA MEJOR OPCIÓN DE TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO DURANTE EL EMBARAZO?

*“La paciente había respondido de forma completa a paroxetina, fluoxetina y venlafaxina; de forma parcial a sertralina. Se tuvo que retirar el tratamiento con paroxetina por efectos secundarios en la esfera sexual”.*

- a.** Se debe de informar a la paciente y a su pareja de la existencia de un riesgo teratogénico basal en población general que se sitúa entre un 3-5% así como de los riesgos fetales y perinatales asociados a la enfermedad psiquiátrica materna no tratada (prematuridad, bajo peso al nacer) (Tabla 1).

*Tabla 1. Efectos de la enfermedad materna sobre la salud materno fetal.*

- Presencia de síntomas somáticos como anorexia, alteraciones del sueño, vómitos, náuseas, cefaleas.
- Aumento del uso y abuso de sustancias.
- Riesgo de autolisis y suicidio (0,3% en población embarazada).
- Malnutrición.
- Pobre control de la gestación.
- Incremento del riesgo psicopatológico en el posparto.
- Pobres resultados obstétricos como parto prematuro, recién nacido de bajo peso.
- Complicaciones neonatales como irritabilidad, disminución de la actividad, menor calidad del sueño y peores puntuaciones en la escala de Brazelton (Neonatal Behavior Assessment Scale; NBAS).

- b.** Existen datos no concluyentes sobre el riesgo de abortos espontáneos tras la exposición a antidepresivos durante el pri-

mer trimestre de embarazo (Einarson y cols., 2009).

**c.** Hay que valorar los riesgos teratogénicos en función de la semana de gestación y de los períodos críticos de la embriogénesis. El primer trimestre es el de mayor riesgo para las malformaciones congénitas y dentro de éste, las semanas 3ª a la 11ª, son las más vulnerables a los efectos teratogénicos.

**d.** En la actualidad los antidepresivos que tienen mejor establecido el perfil de seguridad reproductiva son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) **fluoxetina, sertralina, citalopram** (Greene MF, 2007). Los datos existentes hasta el momento no indican un incremento del riesgo teratogénico en relación a **escitalopram, fluvoxamina, venlafaxina, bupropion, mirtazapina, trazodona, antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos**. Existe información limitada sobre **duloxetina y agomelatina**. Se recomienda evitar el uso de los inhibidores de la monoamino oxidasa -**IMAOs**- (Greene MF, 2007).

**e.** Se aconseja individualizar la indicación de tratamiento con **paroxetina** ya que existen datos controvertidos sobre el incremento de cardiopatías septales tras la exposición en primer trimestre de embarazo (Einarson y cols., 2008). También se recomienda realizar una ecocardiograma fetal en la semana 16-18 de gestación.

**f.** Realizar tratamiento con ácido fólico como mínimo 1 mes antes de la concepción y los primeros 3 meses de gestación a razón de 0,6-0,8 mg/día.

**Nuestra recomendación: Una vez evaluado el riesgo específico de cada fármaco, se recomienda mantener aquel tratamiento psicofarmacológico que haya mostrado eficacia terapéutica y que presente un mejor perfil de seguridad reproductiva, preferiblemente en monoterapia y a la dosis mínima eficaz para el tratamiento del episodio depresivo (Tabla 2).**

**En el caso de María G., la recomendación es que se mantenga tratamiento pre-concepcional con fluoxetina 20mg/día.**

*Tabla 2. Clasificación de los antidepresivos en el embarazo, la lactancia y dosis terapéutica.*

Psicofármaco	Categoría de riesgo Embarazo FDA <sup>b</sup>	Categoría de riesgo Lactancia Hale <sup>c</sup>	Dosis terapéutica (mg/día)
<b>&gt;&gt; ANTIDEPRESIVOS DE PRIMERA GENERACIÓN</b>			
<b>Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs)</b>			
Fenelcina	C	Datos insuficientes	45 - 75
<b>Antidepresivos tricíclicos (ADT)</b>			
Amitriptilina	C	L2	50 - 150
Desipramina	C	L3	100 - 200
Imipramina	C	L2	50 - 150
Nortriptilina	D	L3	75 - 150
Clorimipramina	C	L2	100 - 200
<b>&gt;&gt; ANTIDEPRESIVOS DE SEGUNDA GENERACIÓN</b>			
<b>Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)</b>			
Citalopram	C	L3	20 - 40
Escitalopram	C	L3	10 - 20
Fluoxetina	C	L3 periodo neonatal L2 en lactantes	20 - 80
Fluvoxamina	C	L2	100 - 300
Paroxetina	D	L2	20-50
Sertralina	C	L2	50-200
<b>Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)</b>			
Venlafaxina	C	L3	75 - 225
Duloxetina	C	Datos insuficientes	60-120
<b>Otros antidepresivos</b>			
Mirtazapina	C	L2	15 - 45
Trazodona	C	L2	150 - 600
Bupropion	C	L3	150-300

a- Adaptado de García-Esteve e Imaz, 2011.

b- FDA: Food and Drug Administration, 2006.

c- Adaptado de Hale TW, 2004.

d- Estrategias de dosificación para población general adaptadas de Stahl SM, 2009.

(En referencia a la tabla 2)

#### CATEGORÍA DE RIESGO EMBARAZO FDA

**Categoría en embarazo A:** Estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas no han demostrado riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo, sin embargo no existe evidencia de riesgo en los últimos trimestres.

**Categoría en embarazo B:** Los estudios en la reproducción en animales no han demostrado un efecto adverso sobre el feto, pero no hay estudios clínicos adecuados y bien controlados hechos en mujeres embarazadas o animales que hayan mostrado un efecto adverso.

**Categoría en embarazo C:** Estudios en reproducción animal han mostrado un efecto adverso sobre el feto, pero no hay estudios adecuados y bien controlados en seres humanos, sin embargo los beneficios potenciales permiten utilizar el fármaco en mujeres embarazadas a pesar de sus riesgos potenciales.

**Categoría en embarazo D:** Existe evidencia de riesgo para el feto basada en datos de investigación, datos post-comercialización, registros de reacciones adversas o estudios en humanos, aunque los beneficios potenciales de su uso en mujeres embarazadas pueden ser aceptables a pesar de los riesgos probables.

**Categoría en embarazo X:** Los estudios en animales o en humanos han demostrado anomalías fetales o existe evidencia de riesgo al feto humano basado en los registros de reacciones adversas derivados de experiencias investigativas o mercadológicas y existen riesgos implicados al usarse el fármaco en mujeres embarazadas que claramente sobrepasan los beneficios potenciales. El uso del producto farmacéutico está contraindicado en aquellas mujeres que están o que pueden quedar embarazadas.

#### CATEGORÍA DE RIESGO LACTANCIA HALEC

**Seguridad máxima L1:** Fármaco que han tomado un gran número de madres lactantes sin que se observara un aumento de los efectos adversos en el lactante. En estudios controlados en mujeres lactantes no se ha demostrado un riesgo para el lactante, y la posibilidad de daño para el niño lactante es remota o el producto carece de biodisponibilidad oral para el lactante.

**Bastante seguro L2:** Fármaco que se ha estudiado en un número limitado de mujeres lactantes, sin aumento de los efectos adversos en el niño o los indicios de un riesgo demostrado que sea probable que aparezca después del uso de ese medicamento en una mujer lactante son remotos.

**Moderadamente seguro L3:** No se han realizado estudios controlados en lactantes, pero el riesgo de efectos indeseables en un lactante es posible, o estudios controlados sólo han mostrado efectos adversos mínimos que no son potencialmente mortales. Los fármacos sólo deben administrarse si el posible efecto beneficioso justifica el posible riesgo para el lactante.

**Posiblemente peligroso L4:** Hay pruebas positivas de riesgo para el niño lactante o para la producción de leche materna, pero los efectos beneficiosos de su uso en madres lactantes pueden ser aceptables a pesar del riesgo para el niño (p. ej., si el fármaco es necesario en una situación potencialmente mortal o para una enfermedad grave en la que no puedan utilizarse fármacos más seguros o éstos son ineficaces).

**Contraindicado L5:** Estudios realizados en madres lactantes han observado que existe un riesgo importante y demostrado para el lactante, o es un fármaco con un riesgo elevado de causar lesiones importantes al lactante. El riesgo de utilizar el fármaco en mujeres lactantes excede claramente a cualquier efecto beneficioso derivado de la lactancia materna. El fármaco está contraindicado en mujeres en período de lactación.

## 2.3 PARTE 2: Embarazo:

A pesar de nuestra recomendación, María G. decide retirar gradualmente el tratamiento antidepresivo en 4 semanas y posteriormente buscar el embarazo. La paciente se queda rápidamente embarazada (FUR 08.09.11), tres meses después de haber retirado completamente la fluoxetina.

*“María G. se mantiene estable hasta la semana 18 de gestación. De forma progresiva comienza a presentar cansancio, fatiga, nerviosismo, pérdida de apetito, insomnio de mantenimiento y disminución de la libido que*

*atribuye al propio embarazo. En la semana 22 de gestación la paciente refiere sentirse triste, llora con facilidad, le cuesta afrontar las cosas, está preocupada de que el embarazo no evolucione bien a pesar de que las exploraciones obstétricas son correctas. La paciente presenta además anhedonia anticipatoria, sentimientos de minusvalía y de culpa. La paciente puntúa 17 en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EDPS) y 38 en la Escala de Ansiedad-Estado de Spielberger”.*

Tras la valoración conjunta con su psiquiatra y obstetra, la paciente decide que la mejor opción de tratamiento es reiniciar la fluoxetina 20 mg/día y asociarla a lorazepam 0,5-1 mg/día para tratar la ansiedad y el insomnio.

Después de 6 semanas de tratamiento presenta una notable mejoría clínica pero persiste la ansiedad, la apatía, la falta de motivación y la anhedonia, así como la falta de ilusión por ser madre. (EPDS= 11;STAI-E =25).

Durante la visita coincidiendo con la semana 28 de gestación, la paciente comenta *”ahora ya estoy mirando las cosas que necesito para el bebé y he comprado la habitación, pero no me hace ilusión y eso me preocupa mucho”*

### 2.3.1 ¿DEBERÍA MARÍA G. INCREMENTAR LA DOSIS DE FLUOXETINA?

Si bien el diagnóstico de depresión en el embarazo puede quedar enmascarado por los síntomas somáticos de la gestación y por la dificultad de la paciente y de su familia en aceptar que se está deprimiendo, síntomas como la anhedonia, los sentimientos de culpa y los antecedentes de otros episodios depresivos pueden orientar al clínico hacia el diagnóstico de depresión mayor.

**a.** Se recomienda el uso sistemático de escalas autoaplicadas de depresión, ansiedad y de salud general como parte de la evaluación psicopatológica y de la monitorización de la paciente. Una puntuación

de la EDPS superior a 11 en esta escala requiere una evaluación clínica psiquiátrica (García-Esteve y cols., 2003).

**b.** Si los síntomas de depresión reaparecen o empeoran durante la gestación, debe considerarse la posibilidad de falta de cumplimiento terapéutico, que la dosis de antidepresivo sea insuficiente o que se trate de una depresión resistente (Tabla 3).

*Tabla 3. Cambios fisiológicos durante el embarazo que explican el incremento de los requerimientos de dosis de psicofármacos.*

Farmacocinética
Disminución de la motilidad gástrica, aumento del pH gástrico y retraso del vaciamiento gástrico que producen una mayor reabsorción de los fármacos a nivel intestinal.
Aumento del volumen plasmático y del agua corporal total que incrementa el volumen de distribución de los fármacos.
Disminución de las proteínas plasmáticas (albúmina) y aumento de la fracción libre del fármaco (forma activa).
Aumento de la actividad de los citocromos CYP450 3A4 y 2D6 y disminución de la concentración plasmática de los fármacos metabolizados por estas enzimas.
Disminución del flujo sanguíneo hepático
Aumento de la filtración glomerular que aumenta la excreción renal de fármacos.
Farmacodinámica
El aumento de progesterona y estrógenos estimula el metabolismo hepático de fármacos anticonvulsivantes (carbamacepina).

**c.** Los requerimientos de dosis de los fármacos antidepresivos se incrementan durante la segunda mitad del embarazo debido a cambios fisiológicos farmacocinéticos y farmacodinámicos (Sit DK y cols., 2008).

### 2.3.2 ¿EXISTE RIESGO DE EFECTOS ADVERSOS A LA EXPOSICIÓN FETAL A ISRS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN?

- a.** Se ha descrito un riesgo aumentado de hipertensión pulmonar persistente en neonatos expuestos a ISRS en la segunda mitad de la gestación (riesgo absoluto entre 6-12 afectos/1000 fetos expuestos). Dado que el riesgo absoluto es extremadamente pequeño, no se justifica la retirada de los ISRS próxima al parto (Kieler H y cols., 2012).
- b.** Aunque la relación causal no ha sido bien establecida, la exposición antenatal a dosis elevadas de ISRS se ha asociado a una mayor frecuencia de partos prematuros, menor edad gestacional y bajo peso al nacer (Roca A y cols., 2011). La ecografía del tercer trimestre nos informará de los parámetros biométricos fetales.
- c.** La utilización de ISRS, principalmente paroxetina y fluoxetina, o de inhibidores de recaptación de noradrenalina (ISRN) durante el tercer trimestre de gestación se ha asociado con el **síndrome de adaptación prenatal a antidepresivos (SEPA)** que ocurre en el 25-30% de los recién nacidos expuestos.
- Estos síntomas son habitualmente leves y transitorios (temblor, taquicardia, irritabilidad, hipoglucemia, hipotermia, hiperreflexia, hipertonia, hipotonía, dificultad para la alimentación, alteraciones del sueño).
  - Suelen manifestarse durante las primeras 48 horas de vida y no precisan tratamiento específico. En algunos casos pueden ser más intensos y precisar medidas de soporte y monitorización hospitalaria.
  - En general se resuelven a los 15 días de nacimiento.
  - Los síntomas graves son raros e inclu-

yen convulsiones, deshidratación, excesiva pérdida ponderal, hiperpirexia y raramente distrés respiratorio. En ningún caso se han asociado a la muerte neonatal.

- d.** No existe evidencia de que la supresión del ISRS las semanas anteriores al parto disminuya las complicaciones neonatales y en cambio puede incrementar el riesgo de recurrencia depresiva para la madre. Uno de los factores de riesgo mayores para la depresión posparto es que la paciente presente clínica depresiva durante el embarazo.

**Nuestra recomendación: Ajustar la dosis de fluoxetina de forma gradual hasta 40 mg/día y asociar lorazepam 1 mg si ansiedad a demanda así como monitorización estrecha del estado psicopatológico de la paciente, la biometría fetal y los resultados obstétricos maternos.**

## 2.4 PARTE 3: Planificación del parto y posparto:

*“En la semana 34 de gestación la paciente acude a visita para realizar la evaluación prenatal. Se encuentra clínicamente estable, eutímica (EDPE=5, STAI-E=12) y refiere que “está disfrutando de su embarazo”. Aunque se despierta varias veces por la noche, tiene sensación de sueño reparador. Durante la visita expresa deseo de realizar lactancia materna exclusiva y se pregunta si es posible ya que toma medicación y podría pasar al bebé a través de la leche materna. Plantea sustituir fluoxetina por sertralina porque ha leído en internet que sertralina es el antidepresivo de primera elección durante la lactancia materna y porque le preocupa que la medicación antidepresiva que ha tomado pueda tener algún efecto a largo plazo sobre el neurodesarrollo de su hijo”.*

- a.** La lactancia materna está recomendada por la mayoría de las organizaciones profesionales como forma ideal de alimentación para los recién nacidos. La leche materna proporciona beneficios en la inmunidad del niño y en su desarrollo neurológico. Más del 60% de las mujeres tienen intención de amamantar durante el puerperio. Debe realizarse siempre una valoración riesgo/beneficio: la exposición del lactante a la medicación antidepresiva a través de la leche materna puede suponer un riesgo para el bebé pero también lo es la exposición a la depresión materna no tratada y el no recibir leche materna (Berle y Spigest, 2011).
- b.** Se recomienda que durante el parto y posparto inmediato la paciente mantenga el tratamiento antidepresivo que tomó durante el embarazo ya que un cambio por otro antidepresivo puede incrementar el riesgo de recurrencia durante el posparto pues no todos los antidepresivos son equivalentes.
- c.** En relación al efecto de los antidepresivos en el neurodesarrollo, no se han demostrado diferencias cognitivas, ni temperamentales entre los niños expuestos intraútero a antidepresivos tricíclicos o a fluoxetina y los niños no expuestos. Si bien la información aún es limitada (Nulman y cols, 1997; García Esteve y cols 2011).

**Nuestra recomendación: Para planificación del posparto tendremos en cuenta que**

- a) La paciente ha realizado tratamiento con fluoxetina durante la gestación con buena respuesta.**
- b) Respondió a la sertralina a dosis altas en el pasado, pero sólo parcialmente.**
- c) El posparto es un período de riesgo para la depresión y para la recaída o recurrencia (un 10-15% de las mujeres púerperas presentarán un episodio depresivo den-**

**tro de los 6 meses del posparto y un 30% de las mujeres con antecedentes de TDR presentarán un episodio depresivo en el posparto).**

**Recomendaremos a María G. mantener el tratamiento con fluoxetina 40 mg/día en el posparto y valorar lactancia materna si se cumplen las siguientes premisas:**

- a) Que la madre manifieste preferencia por la lactancia materna.**
- b) Que esté psicopatológicamente estable.**
- c) Que el niño nazca a término con un peso adecuado y esté sano/a.**

## 2.5 PARTE 4: Posparto y lactancia:

Fecha de parto: 08.06.2012

*“La paciente acude al hospital en semana 39.1 de gestación por inicio espontáneo de parto, presenta un parto eutócico. Da a luz una niña de 3.170 g. El Apgar al min-1 es 9 y al min-5 10. Evaluadas madre e hija por Obstetricia y Neonatología se considera un “parto en un caso totalmente normal”. La madre opta por lactancia materna y mantener su tratamiento con fluoxetina 40 mg/día”.*

- a.** Todos los psicofármacos son excretados en la leche materna y absorbidos por el lactante. Si bien paroxetina y sertralina son los antidepresivos de elección en la lactancia, si la madre ha sido tratada con otro antidepresivo durante el embarazo (fluoxetina, citalopram y venlafaxina) se puede realizar lactancia materna continuando con el mismo antidepresivo que en el embarazo (Berle y Spigset, 2011).
- b.** Si bien se han detectado niveles plasmáticos de antidepresivos en lactantes de madres medicadas, no es esperable para ningún antidepresivo la detección de niveles plasmáticos de antidepresivos en lactantes por encima de los 3 -6 meses posparto.

- De un 10 a un 25% de las mujeres con trastorno psiquiátrico en el posparto tiene también un trastorno del vínculo (retraso del vínculo, vínculo ansioso, o vínculo desorganizado). Se recomienda la evaluación del vínculo materno-filial en el posparto y la derivación a tratamiento psicológico especializado si se sospecha la presencia de un vínculo alterado.

#### Nuestra recomendación:

- **Trabajar de forma coordinada con pediatría y entrenar a los padres en la monitorización de los posibles efectos adversos en el lactante como irritabilidad, hipotonía, deshidratación, problemas nutricionales y dificultades para dormir.**
- **Realizar el seguimiento psiquiátrico hasta los 6 meses posparto y evaluar el vínculo materno-filial.**
- **Posteriormente, derivamos a la paciente a su CSMA de zona para continuar seguimiento psiquiátrico y psicológico.**

riesgo/beneficio de la exposición fetal y materna a la depresión no tratada y al tratamiento psicofarmacológico eficaz.

- Para una buena praxis, el psiquiatra deberá diseñar de forma conjunta y consensuada con la paciente un plan personalizado con las actuaciones más convenientes y recomendables a lo largo de todo el embarazo y la lactancia.
- Las mujeres afectas de un trastorno depresivo, posiblemente no puedan prescindir del tratamiento antidepresivo, y deberán conocer los riesgos que supone recibir el tratamiento adecuado en cada una de las etapas de la gestación, parto, posparto y lactancia.

**En los últimos años, se está desarrollando la psiquiatría perinatal, como una nueva disciplina dedicada al manejo de los trastornos mentales durante el embarazo y el posparto, al diseño de protocolos específicos para esta población, al desarrollo de nuevas metodologías adecuadas de investigación y a la difusión de la actualización de los conocimientos.**

---

### 3. Conclusiones

- La depresión junto con la ansiedad es una de las enfermedades más frecuentes durante la etapa perinatal.
- Sus efectos sobre la salud materna y las consecuencias sobre la gestación, el parto y el neurodesarrollo justifican la necesidad de detección, evaluación y tratamiento.
- Las mujeres sin antecedentes que debuten con sintomatología depresiva durante la gestación deben ser evaluadas y tratadas eficazmente.
- Para aquellas con patología depresiva previa, los programas y protocolos de salud mental deberían incluir la planificación del deseo reproductivo, la evaluación psiquiátrica individualizada del

---

### 4. Implicaciones prácticas

- En caso de que una paciente depresiva manifieste deseo gestacional se recomienda realizar una evaluación psiquiátrica específica para la planificación del embarazo. Se realizará una valoración individualizada del riesgo /beneficio de la exposición fetal y materna a la enfermedad psiquiátrica no tratada y al tratamiento antidepresivo.
- Una vez evaluado el riesgo específico de cada fármaco antidepresivo, se recomienda mantener aquel tratamiento antidepresivo que haya mostrado mayor eficacia terapéutica, preferiblemente en monoterapia y a la dosis mínima eficaz para el tratamiento del episodio.

- En el caso de embarazo confirmado valorar la conveniencia de continuar o no el tratamiento antidepresivo durante todo el embarazo, parto y lactancia.
- No se recomienda la retirada del tratamiento antidepresivo en las últimas semanas de gestación, dado la baja toxicidad neonatal observada con la mayoría de los antidepresivos y la posibilidad de síntomas de retirada y de recurrencia depresiva en el posparto.
- Es recomendable que el control del embarazo se realice en las unidades de alto riesgo obstétrico (ARO) en el caso de trastornos psiquiátricos graves y que la asistencia al parto tenga lugar en los hospitales que dispongan de Unidades de Psiquiatría y Neonatología.
- La prioridad en el posparto es conseguir la eutimia materna, compatibilizarla con la lactancia y promocionar el vínculo y la crianza.

Curso desarrollado por:

**MASS+**  
MARKETING AID SYSTEMS & SERVICES S.L.

*Lilly*

Respuestas que importan.