



PSICOFARMACOLOGÍA EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA



Andrés Porras Ramírez*

Resumen

El embarazo es un estado que posa un desafío para el tratamiento psicofarmacológico, ya que varios de los medicamentos utilizados poseen un riesgo para el embarazo, la madre, el producto, el parto, la lactancia. Al usar estos medicamentos se debe tener consideración tanto de los riesgos de no tratar, así como los riesgos que estos tienen al tratar. Es importante realizar un abordaje individualizado en cada paciente para determinar el riesgo-beneficio. No hay guías absolutas que puedan aplicarse.

Palabras claves: Psicofármacos, embarazo, lactancia.

Abstract

Pregnancy poses a unique challenge for psychopharmacological treatment, since various medications used pose a risk for the pregnancy itself, the mother the product, the birthing process and breastfeeding. In using these medications, it is necessary to weigh both the risks of not treating with the inherent risks that these medications have when used. It is important to take an individualized approach to each patient to determine their own risk-benefit. There are no absolute guidelines that define their use.

Keywords: psychotropic drugs, pregnancy, lactation.

*Médico General. Residente de Psiquiatría. UCR-CENDEISSS. Email aporras619@gmail.com



El uso de psicofármacos en el embarazo puede ser complejo tanto como para el paciente como para los tratantes. Se debe poner en balanza el riesgo intrínseco del uso de medicamentos para tratar una enfermedad sobre tanto la paciente como el feto, como el riesgo de no tratar una enfermedad mental. En estudios recientes, se ha observado que no tratar enfermedades mentales en la persona embarazada puede llevar a complicaciones a nivel del producto, mayores conductas de riesgo, menor funcionalidad a la hora del cuidado. La depresión periparto conlleva riesgos, y el suicidio materno es causa de hasta el 20% de las muertes postnatales.¹

Por el contrario, el tratamiento psicofarmacológico también tiene sus riesgos; malformaciones congénitas, parto prematuro, síndromes de intoxicación y abstinencia postnatal. Por lo cual se debe realizar un análisis “riesgo-riesgo”, donde se entiende que ambos caminos tienen sus complicaciones, y escoger el que sea menos dañino. Idealmente, se le debe aconsejar a las pacientes que los ajustes se realicen previo al embarazo, y que se encuentren en buen estado mental antes de embarazarse, en caso de ser planeado.¹

En cuanto a los antidepresivos, los ISRS son de elección por su amplio uso. No hay estudios que hayan demostrado mayor potencial teratogénico o de complicaciones mayores. Se evita el uso de paroxetina por la presencia de algunos estudios donde

se observa potencial daño, mas estos son inconsistentes y no reproducibles.² Dentro de las complicaciones asociadas a los ISRS, está la hipertensión pulmonar persistente en el neonato, aunque esta es una complicación sumamente rara, y se cree que se asocia más a la depresión que al uso de ISRS como tal. También se puede observar un síndrome de adaptación pobre del neonato en un 10-30% de los casos, observándose un síndrome leve y transitorio de irritabilidad, inquietud, taquipnea, tono aumentado, alimentación pobre.³ Esto puede llevar a hipoglicemia. Los efectos son similares con IRSN y con IRND. En general se prefieren los ISRS sobre los IRSN por el potencial efecto hipertensor en la madre.^{4,5}

En cuanto a los medicamentos anticrisis, antes llamado antiepilépticos, lo más importante es recordar que el valproato está totalmente contraindicado en el embarazo, siendo este de categoría X.^{1,6} El único momento donde podría valorarse continuar valproato en el embarazo es en una paciente que ya toma valproato para el control de epilepsia y este la mantiene libre de crisis, queda embarazada de forma no planeada, y el personal de salud se da cuenta posterior al periodo de organogénesis. Aun en estos casos, se debe hacer un análisis riesgo-riesgo del manejo de crisis epilépticas vs. malformaciones. En todos los demás contextos se debe suspender el valproato en el embarazo. Esto dado que puede presentar malformaciones mayores, con



una tasa hasta 5 veces mayor que la población general, incluyendo defectos del tubo neural y malformaciones cardíacas, así como múltiples malformaciones incompatibles con la vida. Además de esto, aún posterior al periodo de organogénesis, el valproato puede llevar a problemas en el neurodesarrollo. Los efectos teratogénicos del valproato son dosis dependiente, pero aun así no hay ninguna dosis segura.^{1,6}

En cuanto a otros medicamentos anticrisis, la fenitoína también se asocia a malformaciones mayores, por lo cual no se recomienda su uso. Para el control del estado del ánimo, la lamotrigina es el tratamiento anticrisis más inocuo para el embarazo, con una tasa de malformaciones comparable a la población general. La carbamazepina, aunque tiene mayor tasa de malformaciones, puede considerarse según el caso.⁶

Como clase, los antipsicóticos no son considerados teratogénicos. Sus riesgos son más asociados al síndrome metabólico materno y las complicaciones que esto pueda conllevar.^{1,7} Puede llegar a desarrollar un cuadro transitorio de síntomas extrapiramidales en el neonato. No aumentan la mortalidad, pero sí pueden llevar a mayor tasa de parto prematuro. La clozapina puede aumentar tasas de crisis epilépticas neonatales.⁸ No hay mayores estudios para determinar el uso de uno sobre otro. Pueden utilizarse tanto típicos como atípicos. La quetiapina tiene menor permeabilidad en la placenta, por lo cual podría considerarse

como una buena opción en el embarazo. En general, el control de los trastornos psiquiátricos supera ampliamente el riesgo de su uso.^{7,8}

El litio es un medicamento con efecto teratogénico y tóxico conocido. Con una tasa de malformaciones cardíacas cerca del doble que en la población general. Sin embargo, su uso puede considerarse en personas que lo requieren como parte de control de su trastorno afectivo, no está absolutamente contraindicado. Dentro de las malformaciones cardíacas, se puede desarrollar una anomalía de Ebstein. Otras complicaciones asociadas al uso de litio en el primer trimestre incluyen cardiomegalia, sangrado del TGI, hipotiroidismo y bocio, hepatomegalia, hipoglicemia, diabetes insípida, polihidramnios, parto pretérmino, shock, entre otros. En el neonato, se puede dar un cuadro de toxicidad con una sintomatología heterogénea, que puede incluir, pero no se limita a: APGAR bajo, apnea y cianosis, bradicardia o taquicardia, arritmias cardíacas, dificultad para alimentarse, letargia, flacidez, hipotonía, coma, reflejos pobres, crisis epilépticas, y espasmos.⁹

Las benzodiacepinas atraviesan la placenta libremente. No aumentan la tasa de malformaciones, mas sí la tasa de muerte prenatal hasta 2 veces la de la población general. Se asocia además a mayor riesgo de cesáreas, bajo peso al nacer, y potencialmente a mayor tasa de parto prematuro. En el neonato puede llevar a



mayor letargia e hipotonía neonatal, y puede provocar un síndrome de abstinencia.⁹

En cuanto a la lactancia, en caso de haber un fármaco potencialmente dañino, se prefiere suspender la lactancia y no el medicamento. La mayoría de las decisiones de escoger un medicamento sobre otro son guiadas por niveles en leche o séricos del medicamento, no por sus efectos.¹ Es difícil determinar si existen efectos a nivel del desarrollo con el uso de psicofármacos en la lactancia. En general, se evita la lactancia con el uso de valproato, litio, clozapina y benzodiacepinas.^{1,10,11} Los ISRS, otros antidepresivos, y los otros antipsicóticos se pueden continuar en la lactancia.¹

Referencias bibliográficas

1. Payne, J. L. (2019). Psychopharmacology in pregnancy and breastfeeding. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 629-650. HYPERLINK "<http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.009>"
2. Susser, L. C., et al. (2016). Selective serotonin reuptake inhibitors for depression in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 704-712.
3. Huybrechts, K. F., et al. (2014). Antidepressant use in pregnancy and the risk of cardiac defects. *The New England Journal of Medicine*, 370(25), 2397-2407.
4. Hendrick, V., Suri, R., Gitlin, M. J., & Ortiz-Portillo, E. (2017). Bupropion Use During Pregnancy: A Systematic Review. *The primary care companion for CNS disorders*, 19(5), 17r02160. <https://doi.org/10.4088/PCC.17r02160>
5. Ornoy, A., & Koren, G. (2019). SSRIs and SNRIs (SRI) in Pregnancy: Effects on the Course of Pregnancy and the Offspring: How Far Are We from Having All the Answers?. *International journal of molecular sciences*, 20(10), 2370. <https://doi.org/10.3390/ijms20102370>
6. Tomson, T., et al. (2018). Comparative risk of major congenital malformations with eight different antiepileptic drugs: a prospective cohort study of the EURAP registry. *The Lancet Neurology*, 17(6), 530-538.
7. Cohen, L. S., Viguera, A. C., McInerney, K. A., Freeman, M. P., Sosinsky, A. Z., Moustafa, D., Marfurt, S. P., Kwiatkowski, M. A., Murphy, S. K., Farrell, A. M., Chitayat, D., & Hernández-Díaz, S. (2016). Reproductive Safety of Second-Generation Antipsychotics: Current Data From the Massachusetts General Hospital National Pregnancy Registry for Atypical Antipsychotics. *The American journal of psychiatry*, 173(3), 263-270. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15040506>



8. Einarson, A., & Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of psychiatric practice*, 15(3), 183–192. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351878.45260.94>
9. Mehta, T. M., & Van Lieshout, R. J. (2017). A review of the safety of clozapine during pregnancy and lactation. *Archives of women's mental health*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0670->
10. Hendrick, V. (2024) Teratogenicity, pregnancy complications, and postnatal risks of antipsychotics, benzodiazepines, lithium, and neuromodulation. *UpToDate*. [https:// www .uptodate.com/ contents/teratogenicity-pregnancy-complications-and-postnatal-risks-of-antipsychotics-benzodiazepines-lithium-and-neuromodulation](https://www.uptodate.com/contents/teratogenicity-pregnancy-complications-and-postnatal-risks-of-antipsychotics-benzodiazepines-lithium-and-neuromodulation)
11. Brissos, S., & Balanzá-Martínez, V. (2024). Long-acting antipsychotic treatments: focus on women with schizophrenia. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 14, 20451253241263715. <https://doi.org/10.1177/20451253241263715>
12. Kimmel, M.C. (2025) Breastfeeding infants: Safety of exposure to antipsychotics, lithium, stimulants, and medications for substance use disorders. *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-infants-safety-of-exposure-to-antipsychotics-lithium-stimulants-and-medications-for-substance-use-disorders>