



DEPRESIÓN MAYOR DURANTE EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Yanira D'Hiver Cantalejo, Reyes Vázquez Estévez, Esther Mancha Heredero, José López Gil, María Jesús Leñero Navarrete.

yaniradhiver@msn.com

Pregnancy, antidepressant.

RESUMEN

Introducción: el embarazo es un período de alto riesgo para el desarrollo de un trastorno depresivo, en particular en aquellas afectadas por un desorden afectivo preexistente. Es de vital importancia la evaluación riesgo / beneficio en la administración de un psicofármaco. **Objetivo:** a partir de un caso clínico realizaremos una revisión sistemática sobre el uso de psicofármacos durante el embarazo para el tratamiento de la depresión. **Método:** analizamos el caso de una mujer de 36 años con seguimiento en las consultas de Salud Mental desde enero de 2012 por trastorno depresivo tras muerte por autolisis del padre. En marzo de 2017 se retira tratamiento por deseos de embarazo, comenzando nuevamente con clínica depresiva tras conseguir embarazo con deseos de interrupción, angustia importante e ideas de muerte sin estructuración. De forma ambulatoria se instauran varios tratamientos antidepresivos junto a benzodicepinas sin mejoría clínica. En diciembre de 2017 cursa ingreso por intento autolítico mediante sobreingesta voluntaria de lorazepam. **Resultado:** la paciente cursa ingreso donde se instaura tratamiento con la combinación de dos antidepresivos, benzodicepinas y antipsicótico a bajas dosis, obteniéndose mejoría clínica. **Conclusiones:** en estos momentos no existen psicofármacos que hayan sido aprobados para su empleo durante el embarazo. La seguridad de los psicofármacos no está resuelta ya que los estudios suelen ser retrospectivos, por razones éticas, y tenemos que tener en cuenta factores como la etapa del desarrollo fetal o el comportamiento diferente del psicofármaco en la población.

INTRODUCCIÓN

La atención a pacientes psiquiátricas durante el embarazo supone, por muchos motivos, una situación compleja para el profesional, no solo hay que atender de manera global a dos sujetos (madre y feto), sino también manejar dos situaciones distintas, aunque complementarias: embarazo y patología psiquiátrica de la embarazada.

Las decisiones a tomar en este contexto son sumamente complejas y están especialmente mediatizadas por los insuficientes recursos bibliográficos y la experiencia global sobre el tema, ya que la complejidad metodológica para los estudios en el embarazo no permite establecer

DEPRESIÓN MAYOR DURANTE EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

unos protocolos comunes de actuación. Numerosas variables se han de tener en cuenta: incidencias generales de complicaciones obstétricas y malformaciones, la cronología del desarrollo embrionario-fetal, los riesgos de haber tomado fármacos o tóxicos distintos a los psicotropos, y también los riesgos que puede causar la evolución de una enfermedad psiquiátrica, sin tratamiento psicofarmacológico, en el feto.

Según los estudios, se estima que la prevalencia a lo largo de la vida de la depresión en las mujeres varía entre el 10 y el 25%, con un pico en plena edad fértil, entre los 25 y los 44 años. La creencia popularmente extendida de que el embarazo protege frente a la depresión es, desgraciadamente, falsa y se calcula que un 9% de las mujeres embarazadas cumplen criterios para depresión, y que un 9% de las depresiones aparecen durante el embarazo o en los tres primeros meses después del parto.

A modo de resumen, en la siguiente tabla, se recogen las recomendaciones generales.

Siempre que sea posible, evitar el uso de fármacos durante el primer trimestre de la gestación, especialmente durante las semanas 3. ^a a 11. ^a
Es preferible fragmentar las dosis, para evitar los picos plasmáticos elevados, ya que se supone que tienen un menor impacto sobre el feto que una única toma diaria
Las dosis deberán ser lo más bajas posibles, pero efectivas. A este respecto, debe considerarse que, hacia el final del embarazo, se suelen requerir dosis más altas, respecto a las mujeres no embarazadas, al aumentar el volumen de distribución
Usar los psicofármacos durante el menor periodo de tiempo necesario
Mejor usar un solo fármaco que varios, ya que en este último caso se aumentan teóricamente los efectos secundarios e interacciones y, además, todavía hay menos estudios del uso conjunto de varios psicofármacos en el embarazo
Los fármacos de aparición más reciente deberían evitarse, al contar con menos casos expuestos, y por tanto con efectos adversos más impredecibles

EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 36 años, casada desde hace cinco años, dieciocho años de relación de pareja en total, embarazo de 28 semanas deseado. Estudios de economía, ama de casa, escasa actividad laboral previa por decisión propia. Mayor de una fratria de dos hermanas. Describe buenas relaciones sociales y familiares.

Antecedentes en Salud Mental

En seguimiento en consultas externas desde enero de 2012 con diagnóstico de trastorno depresivo tras muerte por autolisis del padre. Eutímica desde mayo de 2012, recibió tratamiento con escitalopram 15mg, reduciéndose a 10mg en marzo de 2014. Acontece nuevo

DEPRESIÓN MAYOR DURANTE EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

episodio depresivo a raíz de operación de papiloma de úvula en octubre de 2014. En marzo de 2017 se retira tratamiento por deseo de embarazo y eutimia mantenida.

Antecedentes somáticos

- No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
- Exéresis de papiloma en úvula 2014.
- Fumadora.

Antecedentes familiares

- Hermana con antecedente de síntomas depresivos mayores con ingreso en UHB.
- Padre fallecido mediante autolisis.

Enfermedad actual

Tras retirada de antidepresivo en marzo por deseos de embarazo en junio de ese mismo año consigue embarazo con recaída de la sintomatología depresiva, reinstaurándose tratamiento antidepresivo y benzodiacepínico con lorazepam 1mg y sertralina 100 mg que se suspende en septiembre por efectos secundarios (diarrea), pautándose fluoxetina 20 mg con escasa respuesta y, finalmente, se instaura escitalopram 20 mg y mirtazapina 30 mg.

Con 28 semanas de embarazo realiza autoingesta medicamentosa con un blíster de lorazepam 1mg. No avisa a nadie, su marido la encuentra en la cama somnolienta al ver que no se levantaba. N. refiere gran angustia cuando piensa en todo lo que concierne al embarazo: "cuatro días de felicidad y comencé a ponerme mal...", "nunca como ahora... sí lo sé no me hubiese quedado embarazada jamás... pensé en interrumpirlo, pero mi marido me dijo que no, porque ya me veía mal y me iba a arrepentir, pero sigo mal, he ido a peor y no lo quiero, no soy capaz de ver ropa de bebe, ni anuncios de televisión...".

Exploración psicopatológica

Consciente, orientada en las tres esferas, abordable, colaboradora. No alteración en la psicomotricidad. Discurso espontáneo, parco, fluido, coherente y estructurado. Ánimo depresivo con sentimientos de desesperanza, inutilidad e incapacidad. Apatía, anhedonia. Ansiedad idéica elevada, anticipatoria importante. Ideas de muerte sin estructuración actual. No clínica en la esfera psicótica. Apetito disminuido con pérdida de peso y sueño conservado.

Evolución

Durante el ingreso se muestra poco comunicativa y participativa, presenta un ánimo bajo que relaciona directamente con el embarazo, las expectativas frente al mismo y el temor al futuro próximo. Pensamiento circular y rumiativo acerca de su malestar y la incapacidad que le produce de cara al futuro con sentimientos de culpa. Se decide añadir otro antidepresivo (bupropion) reduciendo dosis del actual (escitalopram) dada la no mejoría, informando a la paciente del riesgo/beneficio y aceptándolo; además de ajustarse dosis de benzodiacepinas (clonazepam) y añadir haloperidol hasta 2mg/día, que posteriormente retiramos por aparición de acatisia.

DEPRESIÓN MAYOR DURANTE EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Al avanzar el embarazo no consideramos que en el estado psicológico de la paciente sea el adecuado para el parto eutócico por lo que vemos necesario y conveniente para su evolución la necesidad de cesárea electiva; petición que trasladamos al Servicio de Ginecología donde se procede a la misma, resultando el nacimiento de su hija. Tras éste se objetiva leve mejoría anímica, la paciente establece un vínculo adecuado con la niña y creemos conveniente mantener el ingreso en la Unidad de Ginecología para favorecerlo.

Al no objetivarse mejoría con la combinación bupropion y escitalopram se decide suprimir este último, reducir bupropion a 150 mg e introducir de forma paulatina c y lamotrigina, llegando a dosis máximas terapéuticas.

Consideramos mejoría anímica suficiente para proceder al alta. En este momento no presenta ideas de muerte ni ideación suicida estructurada, ha establecido buen vínculo con el bebé y es capaz de desenvolverse en el cuidado de la misma con ayuda. No presenta alteración en la esfera psicótica. Los ritmos cronobiológicos permanecen conservados.

Juicio diagnóstico

- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F.32.2 según CIE-10).

Tratamiento

- Clomipramina 75 mg (1-0-1)
- Lamotrigina 100 mg (1-0-1)
- Bupropion 150 mg (1-0-0)
- Clonazepam 0,5 mg (1-1-2)

CONCLUSIONES

Respecto a las benzodicepinas las recomendaciones actuales a seguir son de evitarlas durante el primer trimestre. Si la madre ya las está tomando habría que suprimirlas de forma paulatina y de no ser posible, de elección son el lorazepam y el clonazepam. Durante el segundo trimestre pueden usarse, de elección serían las citadas anteriormente, evitando siempre el flurazepam, triazolam y quazepam. En el tercer trimestre es recomendable la suspensión dos semanas antes del parto, decantándose los estudios por el empleo de lorazepam.

Cuando hablamos de antidepresivos el grupo de los ISRS, en conjunto hay que comentar que han aparecido estudios que encuentran una asociación de su empleo durante el primer trimestre con tres malformaciones: anencefalia, craneosinostosis y onfalocelo. Sin embargo, otro estudio publicado no encuentra ninguna asociación con estos defectos y, curiosamente, en ninguno de los dos estudios aparece asociación de los ISRS con defectos cardiacos. Es razonable evitar la paroxetina en mujeres que deseen embarazo ya que los estudios presentaron un 1% de defectos cardiacos.

La conclusión que podemos sacar de estos resultados y hallazgos es que cualquier riesgo de aumento de malformaciones, si lo hubiera, sería muy pequeño en términos absolutos.

DEPRESIÓN MAYOR DURANTE EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

En cuanto al resto de antidepresivos, tampoco está descrito riesgo teratogénico con los Antidepresivos Tricíclicos (ATC) como grupo, ni con ninguna de las otras familias de antidepresivos (inhibidores duales, noradrenérgicos, mirtazapina, trazodona, etc.). Con los antidepresivos duales y noradrenérgicos (en concreto venlafaxina, reboxetina, mirtazapina y mianserina) se encuentra un mayor número de partos prematuros, así como de complicaciones neonatales (problemas respiratorios, baja puntuación en el test de Apgar, hipoglucemia e incluso convulsiones), pero no una mayor incidencia de malformaciones congénitas. Con el bupropion no se halló mayor incidencia de malformaciones.

Un estudio ha constatado un riesgo seis veces mayor de sufrir hipertensión pulmonar persistente en el recién nacido cuando el feto se expone a antidepresivos ISRS después de la semana 20 de gestación. Este riesgo no aparece si la exposición es previa a este tiempo, y tampoco aparece con otros antidepresivos que no pertenecen al grupo de los ISRS. Los antidepresivos estudiados fueron citalopram, fluoxetina, sertralina y paroxetina.

Respecto a los antipsicóticos el haloperidol es probablemente el fármaco antipsicótico al que más mujeres gestantes han estado expuestas, dado su extenso uso clínico, especialmente antes de la comercialización de los antipsicóticos atípicos. En general, los datos disponibles no delatan que exista un riesgo superior de muerte neonatal, bajo peso al nacimiento, o prematuridad.

La información sobre antipsicóticos atípicos es aún más escasa. Los estudios de reproducción con animales no han mostrado efectos teratogénicos, salvo para la ziprasidona, con la que se han descrito casos aislados de malformaciones cardíacas y renales. También en estudios animales, pero en dosis elevadas, se ha descrito toxicidad fetal y neonatal, con incremento de la mortalidad fetal (olanzapina, ziprasidona y risperidona) y retraso en la osificación y reducción del peso fetal (quetiapina y ziprasidona). No existen estudios controlados en mujeres embarazadas, pero se han comunicado algunos casos limitados en los que la exposición a la clozapina, la risperidona, la olanzapina y la quetiapina no dio lugar a anomalías congénitas (Mendoza, 2004).

BIBLIOGRAFIA

1. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Olney RS, Friedman JM. Use of selective serotoninreuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007; 356: 2684-92.
2. Chambers CD, Hernández-Díaz S, Van Marter LJ, Werler MM, Louik C, Jones KL, et al. Selective serotonin-reuptake inhibitors and risk of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *N Engl J Med* 2006; 354:579-87.
3. Gentile S. Clinical utilization of atypical antipsychotics in pregnancy and lactation. *Ann Pharmacother* 2004; 38:1265-71.

DEPRESIÓN MAYOR DURANTE EL EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

4. Louik C, Lin AE, Weler MM, Hernández-Díaz S, Mitchell AA. First-trimester use of selective serotonin-reuptake inhibitors and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007; 356:2675-83.
5. Mendoza G, Aguilera C. Seguridad de los fármacos antipsicóticos durante el embarazo. *Med Clin (Barc)* 2004; 122:475-6.
6. Medrano Albéniz J, Zardoya Mateo MJ, Pacheco Yáñez L. Uso de psicofármacos en embarazo y lactancia. Ediciones Médicas S.L. 2009.