



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Miguel Barberan Navalon, Rocío Saez Povedano, María Dolores Sánchez García, Luz María Gonzalez Gualda, Rosa María Sanchez Bañon

barberannavalon@gmail.com

Trastorno bipolar, lactancia y embarazo.

RESUMEN

El trastorno bipolar es una patología crónica del estado de ánimo, que se caracteriza por episodios de hipomanía o manía y un episodio de depresión mayor. Es considerado una enfermedad prevalente, en algunas ocasiones con disfunción importante entre varios episodios, se asocia a un alto riesgo de recaída y recurrencia, por ello se considera una enfermedad de difícil control en muchos casos, especialmente en un periodo como tan significativo como el embarazo y la lactancia.

En el presente trabajo a propósito de un caso abordaremos y realizaremos una revisión de la literatura existente sobre el curso de la enfermedad en este período que hemos mencionado. Clasicamente el embarazo se consideraba un factor protector ante las enfermedades psiquiátricas, sin embargo, otros estudios no lo consideran un factor protector. Durante la práctica clínica se plantean estrategias, unas veces muy complejas, para el tratamiento de mujeres que planean un embarazo y posteriormente la lactancia, siendo necesario considerar por un lado el riesgo teratogénico y el paso de fármaco a la leche materna contra el riesgo de suspender el tratamiento.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Los medicamentos aprobados para el manejo del trastorno bipolar son varios (litio, valproato y carbamazepina...), que poseen efectos teratogénicos, como defectos del tubo neural como espina bífida, malformaciones cardíacas, microcefalia y restricción del crecimiento. Por todo lo anterior debemos tener en cuenta un abordaje específico en el tratamiento de dicha población, siendo un reto terapéutico durante el embarazo y la lactancia.

INTRODUCCIÓN

Los estabilizadores del humor se entienden comúnmente como psicofarmacos que son útiles para el tratamiento de episodios agudos (maníacos o depresivos) y la prevención de la recaída o recurrencia de los síntomas del trastorno bipolar, sin empeorar los síntomas de ninguna de las dos polaridades. En los últimos tiempos, muchos fármacos han sido evaluados como estabilizadores del estado de ánimo. El término estabilizadores del humor se usa principalmente en relación con el litio, antiepilépticos como valproato, carbamazepina, oxcarbazepina, lamotrigina, topiramato, gabapentina, etc., y antipsicóticos atípicos como olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol. Algunos otros psicofarmacos como el clonazepam, los bloqueadores de los canales de calcio, etc., también se han evaluado como estabilizadores del estado de ánimo.

En esta revisión, a propósito de un caso, nos centraremos en el uso de litio, antiepilépticos, antipsicóticos atípicos y benzodiazepinas en pacientes con diagnóstico trastorno bipolar durante el embarazo y lactancia.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 40 años, con incapacidad permanente absoluta y vive sola con su hijo de 10 meses. Diagnóstico de Trastorno Bipolar desde el año 2006. Antecedentes de diversos ingresos hospitalarios por descompensación de su patología de base. Según consta en historia clínica: * 5 ingresos en la unidad de hospitalización por episodios maníacos: 21/09/06 al 14/10/06:

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Debut de la enfermedad en el contexto de consumo de tóxicos. En agosto del año 2017 Varios ingresos en otras comunidades: Un ingreso en Ibiza por episodio maníaco el verano de 2013. Dos ingresos en Gran Canaria por episodio maníaco en verano de 2012 Dos ingresos hospitalarios en Valencia en marzo de 2015 por un episodio maníaco y el último en enero de 2019 también por un episodio maníaco, siendo el tratamiento al alta: aripiprazol 20mg/día, clonazepam 0.5mg/noche, clotiapina 40mg/noche y oxcarbacepina 300mg 1-1-1

A lo largo de la evolución constan episodios depresivos que no han requerido de hospitalización. Desde enero del año 2020 la paciente está en seguimiento en la Unidad de Bipolares del Hospital de referencia. Entonces, dado su deseo de conseguir un embarazo se programó una retirada del tratamiento farmacológico que la paciente no ha reintroducido hasta el momento (situación de lactancia materna de bebé de 10 meses de edad). A pesar de esto, la paciente ha mantenido estabilidad psicopatológica hasta hace un par de semanas cuando ha ido mostrando una actitud progresivamente más irritable e inquieta. En la última visita por su psiquiatra de referencia ya se plantea la posibilidad de un ingreso hospitalario dada la presencia de clínica sugestiva de un episodio hipomaníaco en escalada con mala adherencia al tratamiento y difícil manejo ambulatorio.

Muestra una actitud marcadamente disfórica con tendencia a la agitación psicomotriz, acompañada por su madre y su bebé de 10 meses. La situación clínica actual de la paciente hace necesario proceder a su ingreso hospitalario en Sala de Agudos de Psiquiatría

Tras la introducción de tratamiento psicofarmacológico en la unidad de hospitalización se aprecia una franca mejoría respecto a los primeros días de ingreso donde predominaba un ánimo disfórico e irritable acompañado de labilidad emocional. Se le propone a la paciente la introducción nuevamente de litio/valproato que rechaza por lactancia materna, aceptando únicamente retomar la oxcarbamepina ya tomada en otros ingresos previos. Además se añade tratamiento con olanzapina hasta dosis de 20 mg con buena repuesta y tolerabilidad. Durante los 15 días de estancia en la unidad de hospitalización no precisa medidas adicionales de rescate a nivel farmacológico ni precisa inmovilización terapéutica como previo a su ingreso en urgencias, aceptando las normas y funcionamiento de la unidad.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Durante el ingreso se coordina caso con trabajadora de la unidad de salud mental y se establece reunión con técnicas del Servicio del Menor, quienes le comunican, la resolución de la medida adoptada de Guarda Provisional de su hijo. La sintomatología maníaca presentada al comienzo del ingreso ha ido disminuyendo en intensidad hasta que en la actualidad la paciente se encuentra eutímica, sin presentar alteraciones ideoperceptivas, con un discurso adecuado y coherente y unos planes de futuro ajustados a su situación actual centrados en poder volver a recuperar a su hijo. Biorritmos regulados por los ajustes de tratamiento realizados. No presenta ideación ni comportamientos auto ni heteroagresivos, y tampoco sintomatología ansiosa en el momento del alta.

RESULTADOS

1. TRASTORNO BIPOLAR: RIESGO DE RECURRENCIA DURANTE EL EMBARAZO Y la lactancia

El trastorno bipolar se considera un trastorno mental grave que suele comenzar al final de la adolescencia y principios de la edad adulta. Se caracteriza por episodios de manía, depresión, hipomanía y episodios mixtos. El trastorno tiene la misma prevalencia en ambos sexos. Las mujeres están expuestas al riesgo de un episodio a lo largo de su vida reproductiva debido a su edad de inicio,[6] La decisión de suspender los psicofarmacos cuando las mujeres con trastorno bipolar quedan embarazadas o planean tener un hijo es difícil. Los psiquiatras que tratan a tales pacientes se enfrentan al desafío de tener que minimizar el riesgo para el feto y, al mismo tiempo, limitar el impacto de la morbilidad materna.

Los pacientes y los psiquiatras también enfrentan la realidad de que las decisiones de usar o no usar psicofármacos pueden estar asociadas con complicaciones. Por lo tanto, concluir qué constituye un riesgo razonable durante el embarazo requiere una responsabilidad compartida, pero la decisión final recae en la paciente informada. Los estudios han demostrado que las pacientes con trastorno bipolar tienen un alto riesgo de recaída de los síntomas durante el embarazo[7,8,9] y el período posparto temprano.[10,11,12,13]

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Se ha estimado el riesgo de recaída durante el embarazo ser del 50 % o más,[7,8,9] y se informó que el riesgo de recurrencia es 2,3 veces mayor después de suspender el estabilizador del estado de ánimo. En un estudio prospectivo, se encontró que las mujeres que discontinuaron el estabilizador del estado de ánimo pasaron alrededor del 40 % del tiempo del embarazo en episodios en comparación con el 8,8 % del tiempo que pasaron las que continuaron con el estabilizador del estado de ánimo. También fue evidente que el riesgo de recurrencia era mayor y más precoz después de la interrupción rápida del estabilizador del estado de ánimo. También se apreció que las mujeres que tenían una edad de inicio más temprana, una mayor duración de la enfermedad, más episodios previos, antecedentes de ciclos rápidos, intentos de suicidio, trastornos comórbidos asociados y uso de antidepresivos, tenían una mayor probabilidad de recurrencia durante el embarazo. En relación al riesgo posparto, los estudios han demostrado que entre el 40 y el 70 % de las mujeres bipolares que no reciben tratamiento pueden experimentar un episodio posparto.[14] También se sabe que el riesgo de recaída posparto es alto en aquellas que discontinúan el tratamiento profiláctico.[13]

2. RIESGOS POTENCIALES DE LOS PSICOFÁRMACOS EN EL EMBARAZO EN TRASTORNOS BIPOLARES:

Por razones éticas, no es posible realizar estudios aleatorios controlados con placebo sobre la seguridad de los medicamentos en mujeres embarazadas y lactantes. La mayor parte de la información sobre la seguridad reproductiva de los psicofarmacos se deriva de informes de casos, series de casos y estudios retrospectivos. Muy pocos estudios involucran un diseño prospectivo. Por lo tanto, el conocimiento sobre los riesgos de la exposición prenatal a psicofarmacos precisa mayores investigaciones. Es evidente que todos los psicofarmacos se difunden a través de la placenta, lo que expone al feto a cierto grado de riesgo.[15] En el pasado, los efectos de las terapias psicofarmacológicas se discutían exclusivamente en el contexto de su riesgo durante el primer trimestre cuando ocurre la formación de órganos,

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

ahora se reconoce que los psicofármacos son dañinos incluso después de la organogénesis, ya que la exposición intrauterina durante el segundo y tercer trimestre puede conducir a complicaciones posnatales.[16] En consecuencia, se ha estudiado el impacto de los psicofármacos sobre el feto y el recién nacido en forma de teratogenicidad (riesgo de deformidades físicas congénitas por encima de la tasa inicial de 2,0-2,5%), complicaciones obstétricas (parto prematuro, bajo peso al nacer, bajo Puntuaciones de Apgar que requieren cuidados intensivos), síndrome perinatal (síntomas físicos y conductuales observados poco después del nacimiento) y secuelas conductuales a largo plazo (anomalías neuroconductuales en niños), incluidas anomalías neuroconductuales a largo plazo en niños que estuvieron expuestos a psicotrópicos en el útero.[15]

3. SEGURIDAD DE LOS PSICOFARMACOS DURANTE EL EMBARAZO

Ningún psicofármaco ha sido aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para su uso durante el embarazo. La FDA ha establecido un sistema de clasificación de medicamentos basado en datos derivados de estudios en humanos y animales.[17,18] Según el riesgo, los medicamentos se clasifican en 5 categorías de riesgo (A, B, C, D y X). Los medicamentos ubicados en la categoría "A" se consideran seguros para su uso durante el embarazo, sin embargo, ningún medicamento psicotrópico se clasifica como perteneciente a la categoría "A".

Los medicamentos colocados en la categoría X están contraindicados debido a los riesgos fetales demostrados, que superan el beneficio para el paciente. Se considera que los medicamentos en las categorías B a D tienen riesgos intermedios, que son mayores en la categoría D. La mayoría de los antipsicóticos se clasifican como agentes de la categoría C para los cuales se carece de estudios adecuados en humanos y se observan efectos fetales en estudios con animales o aquellos en los que los estudios en animales también son insuficientes; lo que dificulta descartar los riesgos fetales. Los estabilizadores del humor como el litio, el valproato y la carbamazepina se clasifican como medicamentos de la categoría "D".[15,17,18]

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Es importante recordar que esta clasificación no es adecuada para tomar todas las decisiones y los psiquiatras debemos valorar otras fuentes de información al recomendar el uso de medicamentos psicotrópicos durante el embarazo.[19,20]

4. ESTABILIZADORES DEL HUMOR Y LACTANCIA:

La leche materna se considera una forma ideal de nutrición y se sabe que confiere muchas ventajas al recién nacido. Además, también se sabe que la lactancia materna confiere beneficios para la salud de la madre. Según la Academia Estadounidense de Pediatría,[21] se sabe que la leche humana reduce la incidencia o la gravedad de una amplia variedad de enfermedades infecciosas, como meningitis bacteriana, bacteriemia, diarrea, enterocolitis necrotizante, otitis media, infección del tracto respiratorio, infección del tracto urinario. infección y sepsis de inicio tardío en recién nacidos prematuros. Además, también se informa que la lactancia materna está asociada con tasas reducidas de mortalidad infantil postneonatal, tasas reducidas de síndrome de muerte súbita infantil en el primer año de vida, menor incidencia de diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2, enfermedad de Hodgkin, linfoma, leucemia, sobrepeso y obesidad, hipercolesterolemia y asma en niños mayores y adultos. Además, se sugiere que la lactancia materna se asocia con un rendimiento ligeramente mejorado en las pruebas de desarrollo cognitivo. La lactancia materna también es muy importante para el desarrollo del vínculo emocional y el apego entre la madre y el bebé.[22,23] También se sabe que la continuación de la lactancia materna reduce el sangrado posparto y conduce a una involución uterina más rápida, una menor pérdida de sangre menstrual, mayor espaciamiento de los hijos por amenorrea de la lactancia, recuperación más temprana del peso anterior al embarazo, menor riesgo de cáncer de mama y de ovario y posiblemente menor riesgo de fracturas de cadera y osteoporosis en el período posmenopáusicos.[24]

Por lo tanto, pedir a las mujeres que no amamenten al bebé puede conducir a un dilema ético. La decisión de continuar o no continuar con la lactancia materna mientras se continúa con los estabilizadores del HUMOR es difícil.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Idealmente, se debe realizar un análisis de riesgos y beneficios teniendo en cuenta los beneficios fisiológicos y psicológicos de la lactancia materna; el efecto adverso potencial de la enfermedad mental materna no tratada en el vínculo entre el bebé y el niño materno; impacto del psicofarmacológico en el desarrollo cognitivo y conductual del bebé, y las consecuencias de la enfermedad mental no tratada en la madre.[24] Si se toma la decisión de permitir la continuación de la lactancia materna, es importante que los médicos tengan conocimientos básicos sobre los aspectos fisiológicos de la secreción de leche y la maduración fisiológica del recién nacido. La exposición del lactante a diversos medicamentos depende de la tasa de absorción en la circulación materna, la difusión desde la circulación materna a la leche materna y la absorción del agente en el lactante. La concentración de medicamentos en la leche materna está influenciada por la lactosa, la albúmina sérica, la lisozima y aproximadamente otras 30 enzimas, la prolactina y minerales como el calcio y los fosfatos. En cuanto a la maduración fisiológica del recién nacido, es importante recordar que la cantidad de actividad del citocromo P-450 neonatal es aproximadamente la mitad de la que se encuentra en los adultos. La capacidad de conjugar varios compuestos se desarrolla desde niveles mínimos hasta niveles casi adultos dentro de las 2 semanas posteriores al nacimiento en la mayoría de los casos.[26] Además, en comparación con los adultos, los riñones de los recién nacidos son funcionalmente inmaduros; por lo tanto, pueden acumularse los psicofarmacológicos que se eliminan predominantemente por vía renal. En comparación con los adultos, la barrera hematoencefálica en el recién nacido también es inmadura, por lo que los agentes solubles en lípidos pueden estar más concentrados (10 a 30 veces) en el líquido cefalorraquídeo que en el suero y pueden ser más altos en los lactantes para una concentración plasmática determinada. Además, en comparación con los bebés mayores, los recién nacidos tienen sitios de almacenamiento de grasa relativamente más bajos, por lo que las concentraciones de sustancias solubles en lípidos en el sistema nervioso central (SNC) son mayores en los recién nacidos.[25]

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

DISCUSIÓN

Los psiquiatras que tratan los trastornos bipolares generalmente se enfrentan a las siguientes situaciones:

- Una paciente con diagnóstico de trastorno bipolar con tratamiento y deseo embarazo
- Una paciente con trastorno bipolar embarazada (con o sin medicación), pero los síntomas están bajo control
- Una paciente de trastorno bipolar embarazada (con/sin medicación), pero los síntomas están presentes/experimentando recaída
- Primer episodio de manía durante el embarazo
- Primer episodio de manía durante el período posparto temprano
- Continuación de medicamentos durante la lactancia.

No hay una respuesta única para todas las situaciones anteriores. Todas las decisiones sobre la continuación o el inicio del tratamiento durante el embarazo en sujetos con trastornos bipolares conocidos deben tener en cuenta:

- Los riesgos altamente variables, pero a menudo pobremente cuantificados, de exposición fetal a fármacos
- Los riesgos sustanciales para el paciente, el feto, y familia de enfermedad no tratada en la madre
- Alto riesgo de recaída asociado con la interrupción del tratamiento de mantenimiento, particularmente si se realiza de manera abrupta.

Cada uno de estos riesgos debe discutirse en detalle con la paciente y su cónyuge y otros familiares cercanos.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Si una mujer con trastorno bipolar que está tomando medicación expresa su deseo de embarazo, el psiquiatra debe tener en cuenta el historial de la enfermedad, la aceptabilidad y la seguridad estimada de las intervenciones clínicas específicas, que pueden ser farmacológicas o no farmacológicas. Las consideraciones específicas incluyen la frecuencia y la gravedad de los episodios anteriores, los niveles pasados y actuales de funcionamiento o deterioro, la duración pasada y reciente de la estabilidad clínica con y sin medicación, la naturaleza de los síntomas prodrómicos que indican una recaída inminente y el tiempo promedio de recuperación después de la recaída.

También se debe hacer hincapié en la promoción de comportamientos saludables, como la adherencia a un régimen de vitaminas prenatales, controles prenatales regulares y una dieta saludable.

Se pueden considerar las siguientes opciones: Suspender el estabilizador del estado de ánimo antes del embarazo, continuar el tratamiento hasta que se verifique el embarazo o continuar el tratamiento durante todo el embarazo. Todas estas decisiones dependerían de la gravedad de la enfermedad y de la respuesta al tratamiento anterior. Se puede considerar la interrupción del estabilizador del estado de ánimo durante la fase de embarazo si hay antecedentes de uno o episodios infrecuentes con un largo período de remisión. Si se hace tal intento, es importante recordar que los psicofarmacos deben reducirse gradualmente y las mujeres deben ser monitoreadas de cerca y valorar la recaída de los síntomas. Una estrategia alternativa es continuar el tratamiento hasta que se verifique el embarazo y luego disminuir gradualmente el estabilizador del estado de ánimo. La circulación uteroplacentaria no se establece hasta aproximadamente 2 semanas después de la concepción y el riesgo temprano de exposición fetal es mínimo. Las ventajas de esta estrategia son que minimiza la exposición fetal a los medicamentos y extiende el tratamiento protector hasta el momento de la concepción.[15] Sin embargo, es importante recordar que esta estrategia puede dar lugar a una interrupción relativamente abrupta del tratamiento, lo que pone al paciente en mayor riesgo de recaída.[13,19)

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

En situación ideal, la paciente debe discutir sobre su plan de embarazo y esto debe ser cuando la paciente está eutímica. Con base en la historia de la paciente, se debe tomar la decisión sobre la continuación de la medicación durante el período anterior a la concepción y durante el primer trimestre. Si el paciente está clínicamente estable, se debe intentar suspender el estabilizador del estado de ánimo antes de la concepción. Si hay una recurrencia de los síntomas durante el ensayo de suspensión, entonces se debe tomar la decisión difícil de continuar tomando el medicamento durante el embarazo.

Si se considera que la enfermedad es grave (las posibilidades de recaída son altas sin medicación), entonces los psiquiatras deben discutir con la paciente y el cónyuge sobre la continuación del estabilizador del estado de ánimo también durante el período de embarazo. En algunos casos, los estabilizadores del estado de ánimo podrían continuarse hasta la confirmación de la concepción y luego estos podrían retirarse con precaución, pero se debe realizar un seguimiento estrecho de las recaídas. Para las mujeres con formas graves de trastorno bipolar, por ejemplo, múltiples episodios graves y especialmente con antecedentes de síntomas psicóticos e intentos de suicidio, el tratamiento de mantenimiento con un estabilizador del estado de ánimo antes y durante el embarazo puede ser la opción más segura. En tal situación, se debe usar la dosis efectiva más baja de un medicamento y se deben seleccionar los medicamentos que tienen el menor potencial teratogénico. Sin embargo, en ciertos casos de enfermedad refractaria, en los que el paciente ha respondido a un tratamiento más moderno para el cual los datos de seguridad no están disponibles o son escasos, el psiquiatra debe considerar continuar con el mismo tratamiento después de explicar las ventajas y desventajas de continuar con el mismo.

Si la paciente toma litio, valproato o carbamazepina antes del embarazo, se debe discutir el riesgo con la paciente y su cónyuge y, siempre que sea posible, se deben suspender durante el primer trimestre o reemplazar por otras opciones más seguras, como un antipsicótico atípico.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Es importante recordar que los antipsicóticos típicos aumentan los niveles de prolactina y, por lo tanto, interrumpen el ciclo menstrual y, por lo tanto, afectan negativamente la fertilidad; por lo tanto, siempre que sea posible, se debe preferir un agente con menos efecto sobre la prolactina y un mejor perfil de seguridad de teratogenicidad.

Para las mujeres que toleran la interrupción del tratamiento de mantenimiento, la decisión de cuándo reiniciar el tratamiento depende del psiquiatra y de la paciente. Algunas pacientes y psiquiatras pueden preferir esperar a que aparezcan los signos y síntomas iniciales antes de reiniciar la medicación, mientras que otros pueden preferir limitar el riesgo de una recurrencia mayor reiniciando el tratamiento después del primer trimestre del embarazo. Si es necesario reiniciar el tratamiento, la decisión sobre el estabilizador del estado de ánimo debe tener en cuenta el historial de respuesta y el riesgo asociado con el psicofármaco en particular durante el segundo y tercer trimestre.

En general, se considera que si a una mujer le ha ido bien con un estabilizador del humor en particular, cambiar el estabilizador para evitar un riesgo potencial puede poner en riesgo la estabilidad de la mujer y puede no ser una decisión correcta. Por lo tanto, se debe preferir la continuación del mismo estabilizador del estado de ánimo con el consentimiento informado de la paciente y su cónyuge. Si la recurrencia de los síntomas durante el embarazo es una depresión de leve a moderada, se pueden intentar intervenciones psicoterapéuticas antes de considerar el estabilizador, según la motivación de la paciente para dicha terapia y la respuesta anterior. Sin embargo, si la depresión es grave, se pueden considerar los antidepresivos (un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) o la terapia electroconvulsiva.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

CONCLUSIÓN

Los efectos potencialmente dañinos de tomar un psicofarmacológico durante el embarazo deben equilibrarse con el riesgo de descompensación del trastorno bipolar no tratado. Los datos son limitados, en particular para los fármacos antipsicóticos atípicos, pero no existen asociaciones claras con anomalías congénitas específicas. Es probable que los beneficios de la lactancia superen el daño potencial de la medicación. Las mujeres que deseen amamantar deben tratarse con un solo fármaco antipsicótico si es posible. Todos los medicamentos antipsicóticos son sedantes y tienen vidas medias relativamente largas, por lo que se debe observar a los bebés para detectar letargo, sedación e hitos del desarrollo apropiados, especialmente si se usan múltiples medicamentos antipsicóticos.

De la literatura, es evidente que la seguridad de los estabilizadores del humor en el embarazo aún no está resuelta. La decisión de prescribirlos durante el embarazo debe tomarse a la luz de la gravedad de la enfermedad mental y los medicamentos deben prescribirse solo cuando el riesgo potencial para el feto por la exposición al medicamento es superado por el riesgo de un trastorno materno no tratado. La elección del fármaco debe depender del equilibrio entre el perfil de seguridad y eficacia. Siempre que el paciente esté tomando psicofármacos, se debe realizar un seguimiento estrecho e intensivo. Un algoritmo de opciones de tratamiento debe tener en cuenta la gravedad de la enfermedad y las necesidades de tratamiento únicas de cada paciente.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Sachs GS. Treatment-resistant bipolar depression. *Psychiatr Clin North Am.* 1996;19:215–36.
2. Bowden CL. New concepts in mood stabilization: Evidence for the effectiveness of valproate and lamotrigine. *Neuropsychopharmacology.* 1998;19:194–9.
3. Ketter TA, Calabrese JR. Stabilization of mood from below versus above baseline in bipolar disorder: A new nomenclature. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:146–51
4. Calabrese JR, Rapport DJ. Mood stabilizers and the evolution of maintenance study designs in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry.* 1999;60(Suppl 5):5–13.
5. Bauer MS, Mitchner L. What is a “mood stabilizer”? An evidence-based response. *Am J Psychiatry.* 2004;161:3–18.
6. Yonkers KA, Wisner KL, Stowe Z, Leibenluft E, Cohen L, Miller L, et al. Management of bipolar disorder during pregnancy the postpartum period. *Focus.* 2005;3:266–79. [
7. Freeman MP, Smith KW, Freeman SA, McElroy SL, Kmetz GE, Wright R, et al. The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women. *J Clin Psychiatry.* 2002;63:284–7. [
8. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: The importance of recognising risk. *Br J Psychiatry.* 2005;186:453–4.
9. Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini RJ, Newport DJ, Stowe Z, Reminick A, et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: Prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry.* 2007;164:1817–24.
10. Pugh TF, Jerath BK, Schmidt WM, Reed RB. Rates of mental disease related to childbearing. *N Engl J Med.* 1963;268:1224–8.
11. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry.* 1987;150:662–73.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

12. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *Br J Psychiatry*. 1998;172:521–6.
13. Viguera AC, Nonacs R, Cohen LS, Tondo L, Murray A, Baldessarini RJ. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *Am J Psychiatry*. 2000;157:179–84.
14. Jefferson JW, Greist J, Ackermann D. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1987. Lithium Encyclopaedia for Clinical Practice; pp. 504–25.
15. Viguera AC, Cohen LS, Baldessarini RJ, Nonacs R. Managing bipolar disorder during pregnancy: Weighing the risks and benefits. *Can J Psychiatry*. 2002;47:426–36
16. Cordero JF, Oakley GP., Jr Drug exposure during pregnancy: Some epidemiologic considerations. *Clin Obstet Gynecol*. 1983;26:418–28
17. Food and Drug Administration. Labeling and prescription drug advertising: Content and format for labeling for human prescription drugs. *Fed Regist*. 1979;44:37434–67. [18. In: Physicians' Desk Reference. 49th ed. Montvale, NJ: Medical Economics Data Production Co; 1995. Key to FDA-in-use pregnancy ratings; p. 2597.
19. Cohen LS, Rosenbaum JF. Psychotropic drug use during pregnancy: Weighing the risks. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 2):18–28. [
20. Shepard TH, Brent RL, Friedman JM, Jones KL, Miller RK, Moore CA, et al. Update on new developments in the study of human teratogens. *Teratology*. 2002;65:153–61. 21. American academy of paediatrics-section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129:e827–41.
22. Newton N, Newton M. Psychologic aspects of lactation. *N Engl J Med*. 1967;277:1179–8823. Britton JR, Britton HL, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*. 2006;118:e1436–43.
24. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496–506.

LA IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO EN PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

25. Burt VK, Suri R, Altshuler L, Stowe Z, Hendrick VC, Muntean E. The use of psychotropic medications during breast-feeding. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1001–9.

26. Beath SV. Hepatic function and physiology in the newborn. *Semin Neonatol*. 2003;8:337–46.