

**NO SIN MI HIJO**

Carmen García Moreno

María Dolores Sánchez García

Nora Inés Muros Cobos

Carolina Sánchez Mora

Araceli Martínez Carrascosa

[Carmencita89\\_@hotmail.com](mailto:Carmencita89@hotmail.com)

Antipsicóticos, lactancia

**RESUMEN**

El uso de antipsicóticos durante la lactancia presenta múltiples complejidades añadidas. Los beneficios de la lactancia materna exceden a los de la lactancia artificial, por lo que los profesionales deberán favorecer la continuidad de esta siempre que sea posible, valorando cada caso particularmente.

El objetivo del presente trabajo es recopilar información reciente y de calidad, para establecer pautas que puedan ayudar a los psiquiatras en su práctica clínica. Para ello, se ha realizado una revisión en los principales motores de búsqueda bibliográfica. Además, se presenta un caso clínico ilustrativo cuyo juicio clínico al alta es de Trastorno esquizofreniforme (F 20.8) con sintomatología maniforme (segundo episodio).

La mayoría de los autores recomiendan que si el tratamiento va a ser a dosis bajas se mantenga la lactancia, pero que si se prevé una necesidad de aumento lo más adecuado es suprimirla. Entre los antipsicóticos clásicos, el más estudiado es la clorpromacina, detectándose niveles variables en el suero de los lactantes. El haloperidol es relativamente seguro durante la lactancia. Respecto a los atípicos, son pocos los estudios realizados. Quetiapina, olanzapina y risperidona parecen ser los más seguros y por lo tanto los más recomendados en las distintas fuentes consultadas.

Como conclusión, deberemos emplear aquel con mejor perfil de seguridad, iniciar a la mitad de la dosis habitual, mantenerlo a la dosis mínima eficaz y en monoterapia, siempre que sea posible.

# NO SIN MI HIJO

## INTRODUCCIÓN

Las madres lactantes que precisan tratamiento con antipsicóticos requieren una valoración exhaustiva del estado mental y una exploración completa del niño previos al inicio del mismo. Los beneficios de la lactancia materna exceden a los de la lactancia artificial, por lo que los profesionales deberán favorecer la continuidad de esta, siempre que sea posible, valorando los riesgos-beneficios de cada caso en particular.

En el presente trabajo se revisan algunos de los estudios recientemente publicados sobre el uso de antipsicóticos en la lactancia. Nuestro objetivo es recopilar la información de mayor calidad en la literatura reciente para establecer pautas que puedan ayudar a los psiquiatras a tomar decisiones en la práctica clínica diaria.

Como recomendaciones generales, en la prescripción de psicofármacos deberemos emplear aquel con mejor perfil de seguridad, iniciar a la mitad de la dosis habitual, mantenerlo a la dosis mínima eficaz y en monoterapia siempre que sea posible. En este trabajo nos centramos en el uso de antipsicóticos ya que es el tratamiento de elección en el caso clínico seleccionado. En cualquier caso, siempre que se prescriba un antipsicótico a una madre que está amamantando hay que vigilar estrechamente el desarrollo psicomotor, la hipersomnolencia y la ganancia de peso en el lactante.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### Antecedentes

Personales: No alergias medicamentosas conocidas. Aborto espontáneo en 2008. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Psiquiátricos: Ingresada en 2008 con diagnóstico de Trastorno esquizofreniforme (F20.8) que cursó con sintomatología tipo maniforme. Después estuvo en seguimiento en consultas externas hasta 2011. Dada de alta por buena evolución con Juicio Clínico de Trastorno psicótico no especificado.

Biográficos: Convive con marido e hijo de once meses. Desde hace tres años trabaja como maestra. Se reincorporó hace cinco meses tras baja por lactancia materna.

Familiares: Primo paterno se suicidó por inhalación de gas. Tío paterno gesto autolítico sin seguimiento posterior.

Hábitos tóxicos: Consumo de unos 5 cigarrillos/día.

## NO SIN MI HIJO

### Anamnesis

Mujer de 30 años derivada por su médico de cabecera, a quien ha consultado por iniciativa familiar. La paciente refiere que no tiene ningún problema y que lo único que está sucediendo es que está tratando de compatibilizar su vida laboral y familiar y esto "agobia a sus familiares". Toda la entrevista se centra en sus deseos de ser madre y temas relacionados. Esta semana ha decidido pedir la excedencia laboral para continuar la lactancia materna.

Su madre refiere que desde hace diez días la notan "muy alterada" y diciendo "cosas sin sentido". Ponía pegatinas y etiquetas por el domicilio para mantener todo en orden (ella refiere que lo preparaba para que su marido optimizara el tiempo y pudiera dedicárselo al bebé). Refieren que la sintomatología es similar a la que motivó ingreso en 2008. La propia paciente lo reconoce, ya que sobre 2008 refería "ingresé porque quería ser madre".

### Exploraciones

Exploración psicopatológica: Consciente y orientada. Hipercomplaciente en su inicio, suspicaz con posterioridad. Percepción subjetiva de enlentecimiento y escasa funcionalidad del entorno. Inquietud parcialmente controlable. Lenguaje fluido y coherente (familiares refieren verborrea días previos). Discurso centrado en la maternidad. Ánimo expansivo y cambiante (pasa de la sonrisa forzada al llanto injustificado). Irritable. Aumento de la actividad dirigida a crianza y tareas del hogar. No gastos excesivos ni injustificados. Apetito adecuado y sueño conservado. Nulo insight. No ideas de muerte ni ideación autolítica. Resto poco explorable por ocultación de sintomatología.

### Exploraciones complementarias

- Analítica de ingreso: Sin alteraciones significativas
- Serología (VHC, VHB, VIH y Lúes): Negativas.
- Tóxicos en orina: Negativos.
- Test de gestación: Negativo.
- TC craneal: Normal.

**Juicio diagnóstico:** Episodio psicótico a estudio (segundo) con síntomas maniformes.

**Tratamientos:** Se pautan 5 mg de Olanzapina.

## NO SIN MI HIJO

**Curso clínico, y evolución:** En planta, la paciente se muestra suspicaz y desconfiada. Apenas se relaciona con el resto. Se muestra reticente a la toma de medicación, pero la acepta. Al día siguiente del ingreso acude su pareja y debido a la baja tolerancia de la paciente a mantener ingreso (porque implica interrumpir lactancia materna) se decide alta a domicilio con supervisión familiar estrecha y seguimiento por nuestra parte. Explicamos a ambos la no existencia de antipsicóticos carentes de riesgo, así como distintas opciones de tratamiento siendo la más indicada la Olanzapina vía oral a dosis bajas y en monoterapia, ambos aceptan.

A los dos días se realiza revisión en la que la paciente se mantiene en mismo estado. Dos días después, en segunda revisión, la familia refiere problemas de contención a nivel ambulatorio con negativa ese mismo día a toma de tratamiento. Por otro lado, relatan episodios de hetero-agresividad verbal y física leve (zarandear) hacia hijo. La paciente mantiene una actitud disfórica y contenida y el contacto ha pasado a ser psicótico. La clínica delirante está causando alteraciones conductuales y no hay conciencia alguna de enfermedad. Ante el empeoramiento clínico, el riesgo de discontinuación de tratamiento y los riesgos para el menor se decide ingreso involuntario de contención. Se explica a familia la conveniencia de aumentar dosis de antipsicótico e interrumpir lactancia, que aceptan.

Durante los cinco días que permanece ingresada se objetiva una mejoría de la disforia inicial y disminuye la actividad intencionada. Se alimenta y duerme adecuadamente. Pese a la persistencia de las ideas delirantes no se objetiva repercusión conductual y la paciente se muestra más tranquila y colaboradora. Se pauta tratamiento con Olanzapina 15mg y se utilizó Carbegolina para interrumpir la producción láctea. Se procede al alta tan pronto como es posible para evitar la separación de su hijo. El juicio clínico al alta es de Trastorno esquizofreniforme (F 20.8) con sintomatología maniforme (segundo episodio).

### DISCUSIÓN

El embarazo, postparto y períodos subsiguientes representan una época de alto riesgo de descompensación de mujeres con enfermedad mental.

Los efectos beneficiosos de la lactancia materna están ampliamente demostrados y su análisis excede el objetivo de este trabajo. No obstante, hay que destacar que puede ser un facilitador de la recuperación psíquica materna y del establecimiento del vínculo madre-hijo.

El tratamiento de los trastornos mentales maternos durante la lactancia presenta como complejidad añadida el posible paso del psicofármaco a la leche y su efecto sobre el lactante. En la práctica clínica, la decisión de pautar una medicación antipsicótica conlleva en muchos casos el destete temprano. Debido a las peculiaridades éticas de estos casos, la decisión debería ser tomada por un equipo multidisciplinar y comentar con paciente y familiares las distintas opciones y efectos secundarios posibles para que puedan tomar una decisión informada.

Un mejor conocimiento de la farmacocinética de los psicofármacos durante este estado materno nos permitiría elegir el tratamiento más adecuado y continuar con la lactancia. Se deberá tener en cuenta la farmacocinética no solo en la madre sino también en la leche y en el bebé. Los cambios fisiológicos inherentes a la gestación y la lactancia condicionan la absorción, transferencia, excreción y metabolismo de los psicofármacos, incluidos los antipsicóticos por lo que será necesario un ajuste de estos y monitorización de niveles plasmáticos siempre que sea posible.

En este trabajo nos centraremos en los fármacos antipsicóticos, ya que son el tratamiento de elección del caso seleccionado. Hemos revisado los estudios más recientemente publicados sobre el uso de psicofármacos en lactancia y las recomendaciones de las principales Sociedades Científicas.

Las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) proporcionan un apoyo adecuado, pero deben interpretarse con cautela ya que su evidencia es variable y en general necesitan más datos de investigación en futuros estudios. Además, en muchas ocasiones son poco explícitas y difíciles de aplicar en la práctica clínica. Entre ellas, cabe destacar la Guía de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) de 2012, la guía GEOPTE 2005 y la del Comité de Consenso de Catalunya, que pueden resultar útiles para ayudar al clínico en la toma de decisiones.

## NO SIN MI HIJO

Los datos más recientes señalan que la gran mayoría de los psicofármacos son seguros durante la lactancia. La Agencia Federal de Medicamentos estadounidense (FDA) está revisando sus recomendaciones con el fin de mejorar la información de los prospectos relativa a su uso en embarazo y lactancia.

A la hora de prescribir un tratamiento farmacológico, se debe realizar un análisis individualizado valorando los riesgos y beneficios de cada opción terapéutica. Se deberán tener en cuenta por tanto los riesgos de no tratar, tanto para la madre como para el bebé, los riesgos y beneficios del tratamiento específico y también de continuar o no la lactancia. Previo al inicio de la medicación es imprescindible que el bebé sea valorado por un Pediatra con especial atención a la exploración neurológica (ritmos de sueño vigilia, psicomotricidad e irritabilidad/temperamento) ya que son las áreas que más se afectarán en caso de intoxicación. La monitorización del lactante es especialmente importante si presenta cualquier patología comórbida.

Las pautas que se han sugerido que podrían minimizar la exposición del lactante al fármaco, como tomar el tratamiento después de dar el pecho, extraer la leche de una toma para todo el día etc. no se recomiendan ya que generan mayor estrés en la madre e interfieren con el amamantamiento a demanda.

La mayoría de los autores coinciden en que si el tratamiento va a ser a dosis bajas se mantenga la lactancia, pero que si se prevé una necesidad de dosis elevadas es más recomendable suprimirla<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), con respecto a la lactancia, permite el uso de antipsicóticos en general, manteniendo vigilancia estrecha de los efectos secundarios posibles, en especial la somnolencia del bebé<sup>2</sup>. Las recomendaciones actuales basadas en la evidencia recomiendan el uso de fármacos de segunda generación dada su demostrada eficacia y seguridad. El fármaco se seleccionará en función de la gravedad de los síntomas, la respuesta a tratamientos previos y el estado físico de la madre. Se deberán evitar fármacos de reciente comercialización.

Entre los antipsicóticos clásicos, la clorpromacina es el que más se ha estudiado, detectándose niveles variables en el suero de los lactantes. El haloperidol es un fármaco relativamente seguro durante la lactancia, pero la cantidad de efectos secundarios que provoca a dosis elevadas hace que su uso quede limitado a los casos más leves. Respecto a los fármacos atípicos o de segunda generación, son pocos los estudios que se han realizado y hay pocos datos sobre su seguridad en la lactancia y efectos a largo plazo.

## NO SIN MI HIJO

Hasta el momento, quetiapina, olanzapina y risperidona parecen ser los más seguros y por lo tanto los más recomendados en las distintas fuentes consultadas. Debemos de tener en cuenta que el nivel de antipsicótico en la leche materna depende del fármaco y de las concentraciones plasmáticas que alcanza<sup>3</sup>.

Todos los antipsicóticos comercializados en España se encuentran incluidos en la categoría C de la FDA excepto clozapina y piperacina que estarían en la categoría B. Esto no se debe a que sean más seguros sino a que hay más estudios disponibles por tratarse de fármacos más antiguos y utilizarse en épocas en que los ensayos clínicos sobre embarazadas y puérperas no estaban regulados. En la Tabla 1 se resume la Clasificación del riesgo teratogénico de la FDA y riesgo en lactancia de los antipsicóticos comercializados en España y EEUU conjuntamente.

Una vez elegido el fármaco, se recomienda iniciar con la mitad de la dosis habitual y realizar el aumento progresivamente, intentando mantener la mínima dosis eficaz posible. Habrá que vigilar estrechamente los posibles efectos adversos en el lactante.

La principal dificultad que hemos encontrado ha sido la no disponibilidad de ensayos clínicos en esta materia (por las cuestiones ético-legales que implica) y los tamaños muestrales pequeños en la mayoría de los estudios.

Como información adicional adjuntamos tabla con recursos de interés, que consideramos pueden ser muy útiles para nuestra práctica habitual. La tabla 2 contiene los recursos más relevantes disponibles en España, todos ellos gratuitos. (*Tabla 2*).

## NO SIN MI HIJO

### CONCLUSIONES

En conclusión, se debe utilizar el fármaco con mejor perfil de seguridad, a la mínima dosis eficaz y monitorizando y manteniendo los niveles dentro del rango terapéutico. Si es posible, evitar la politerapia y es preferible fraccionar la dosis para evitar valores plasmáticos elevados. No olvidemos que es obligado un seguimiento estrecho de la mujer, así como del bebé y discutir con esta los riesgos y beneficios de todas las opciones disponibles.

Debido a su perfil de seguridad y de efectos secundarios la olanzapina se encuentra entre los fármacos de primera línea de tratamiento.

Como reflexión final, nos gustaría mencionar que la mayoría de nuestras pacientes se encuentran en edad fértil y sería recomendable la creación de unidades asistenciales especializados en asesoramiento preconcepcional, consejo genético, programas de planificación familiar, seguimiento multidisciplinar de madre y bebé con atención prenatal, prevención de complicaciones obstétricas, reducción del consumo de sustancias así como optimización del tratamiento antipsicótico, entre otros.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Olza Fernández I, Serrano Drozdowskyj E, Muñoz Labián C. Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. PDF [Internet] Archivos de Psiquiatría, 2011.
2. Guillén JM, Bertolin J, Soler E. Use of antipsychotics during pregnancy and breastfeeding. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Elsevier. Vol. 2:138-145, 2009.
3. Rodado León B, Lahera Forteza G, Sáiz Ruiz J. Trastorno bipolar en embarazo y lactancia: Análisis de las pautas de tratamiento según las Guías de Práctica Clínica. Artículo de revisión. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS). Dirección URL: [www.riecs.es](http://www.riecs.es), 2018.
4. Stahl S. Psicofarmacología esencial de Stahl. Madrid: Aula Médica, Formación en Salud; 2014.
5. USO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA. CLASIFICACIONES DE RIESGO Y OTRAS FUENTES DE INFORMACION [Internet]. 2018 [cited 12 June 2018]. Available from: <http://psicofarmacosenel embarazo.blogspot.com/2017/11/uso-de-medicamentos-durante-elembarazo.html>



## NO SIN MI HIJO

### Tablas:

- Tabla 1:

**Tabla 1** Listado de antipsicóticos comercializados en España por su factor de riesgo de teratogenia en el primer trimestre de embarazo (según la FDA) y de su riesgo en la lactancia<sup>55</sup>

Categorías de riesgo reproductivo de la FDA		Categorías de riesgo en la lactancia
B	C	
	Aripiprazol*	L3
	Clorpromazina	L3
Clozapina*		L3
	Flufenazina	L3
	Flupentixol	—
	Haloperidol	L2
	Levomepromazina	L3
	Olanzapina*	L2
	Paliperidona*	—
	Perfenazina	—
	Pimozida	L4
Piperazina		—
	Quetiapina*	L4
	Sertindol*	—
	Risperidona*	L3
	Trifluoperazina	—
	Ziprasidona*	L4

L1: el más seguro; L2: más seguro; L3: moderadamente seguro; L4: posiblemente peligroso; L5: contraindicado.  
\*Antipsicóticos atípicos.  
El riesgo de las categorías es: B < C. No hay ningún antipsicótico en las categorías A, D y X. La FDA establece cinco categorías de riesgo reproductivo. Categoría A: estudios controlados en gestantes no han demostrado riesgo para el feto. Medicamentos considerados "seguros". Categoría B: en animales no han demostrado riesgo de malformaciones, pero no hay estudios controlados en mujeres gestantes. El uso de estos medicamentos se acepta generalmente durante el embarazo. Categoría C: sin estudios en humanos ni animales, o en animales han demostrado originar malformaciones, pero estudios controlados en gestantes no han detectado casos. Categoría D: evidencia de riesgo fetal, pero en determinadas enfermedades maternas los beneficios pueden superar a los riesgos. Categoría X: evidencia de riesgo fetal. Los riesgos superan a cualquier beneficio. Medicamentos de alto riesgo, absolutamente contraindicados durante el embarazo.

- Tabla 2. Recursos de interés:

- Servicio de información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE). Servicio informativo gratuito dirigido a los profesionales de salud. Teléfono de contacto: 91 822 24 35.
- [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org). Página web del Servicio de Pediatría del Hospital de Denia, para consultar la compatibilidad de cualquier fármaco con la lactancia materna.
- Web del ministerio de Sanidad y Política Social.
- [www.ihan.es](http://www.ihan.es): Listado de grupos de apoyo para la lactancia.
- Foro de lactancia de la Asociación española de Pediatría: Foro online de consulta para padres y profesionales. Disponible en [www.aepd.es](http://www.aepd.es)