

Protocolo Clínico ABM #18: Uso de antidepresivos en madres lactantes

Traducción libre al Español

Publicado por BREASTFEEDING MEDICINE Volume 10, Number 6, 2015

Autores: Natasha K. Sriraman, Kathryn Melvin, Samantha Meltzer-Brody and the Academy of Breastfeeding Medicine

Un objetivo central de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna es el desarrollo de protocolos clínicos para el tratamiento de problemas médicos comunes que pueden afectar al éxito de la lactancia. Estos protocolos sirven sólo como guías para el cuidado de las madres y los bebés que amamantan y no delinean un curso exclusivo de tratamiento o sirven como estándares de atención médica. Puede haber variaciones en el tratamiento según las necesidades de cada paciente.

Antecedentes

La depresión posparto (DPP) (a veces denominada trastorno del estado de ánimo relacionado con el embarazo) es una de las afecciones posparto más comunes y graves, y afecta al 10-20% de las madres durante el primer año después del parto.¹ Los estudios han descubierto que hasta el 50% de las mujeres con DPP no están diagnosticadas.² Los factores de riesgo incluyen una historia previa de depresión (aproximadamente un 25-30% de riesgo de recurrencia),^{3,4} incluida la DPP, y la depresión durante el embarazo. Otros factores de riesgo son los acontecimientos vitales estresantes recientes, la falta de apoyo social, los embarazos no deseados,⁵ y las mujeres económicamente estresadas, desfavorecidas, con bajos ingresos o de raza negra.⁶ Además, los estudios de familias económicamente desfavorecidas han demostrado que aproximadamente el 25% de las mujeres tendrán síntomas depresivos continuos que durarán mucho más allá del año posparto inicial.⁷ Los enfoques de tratamiento incluyen terapias no farmacológicas, como la psicoterapia interpersonal o la terapia cognitivo-conductual, terapias farmacológicas o una combinación de ambas. Los medicamentos antidepresivos son uno de los tratamientos farmacológicos más prescritos para la DPP. La madre y su proveedor deben trabajar juntos para hacer una elección individualizada. Las madres que amamantan pueden estar preocupadas por continuar y/o comenzar la medicación para la DPP. Algunos proveedores son reacios a prescribir a las madres lactantes debido a la falta de información sobre los antidepresivos y la lactancia. Los riesgos de la depresión no tratada, los riesgos de la medicación para la pareja que amamanta y los beneficios del tratamiento deben ser considerados en su totalidad cuando se toman decisiones sobre el tratamiento. Este protocolo discutirá el espectro de la enfermedad, enfatizará la importancia del cribado y proporcionará recomendaciones de información basadas en la evidencia para el tratamiento de la DPP en madres lactantes.

Espectro de la enfermedad

Ha habido controversia sobre si la DPP es una entidad distinta. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, ediciones 4ª y 5ª (DSM-IV y V, respectivamente), la DPP se considera un subtipo de depresión mayor, y hay un especificador asociado para denotar el inicio en el período posparto.⁸ El nuevo DSM-V amplió la definición de DPP para incluir el inicio de los síntomas durante el embarazo hasta las 4 semanas posparto.⁹ El diagnóstico puede complicarse aún más por otras condiciones comórbidas, incluyendo la ansiedad y el trastorno bipolar. Los trastornos del estado de ánimo posparto son comunes en el período posparto, pero difieren según el momento y la gravedad de los síntomas y abarcan una amplia gama de trastornos.^{2,8,10} La "tristeza posparto" es un trastorno caracterizado por cambios emocionales, insomnio, pérdida de apetito y sensación de agobio que puede afectar al 30-80% de las mujeres.^{7,8} Es un trastorno transitorio que suele alcanzar su punto álgido el quinto día posparto y se resuelve el décimo día. A diferencia de la DPP, la depresión posparto no afecta negativamente al cuidado del bebé. La "depresión posparto" es un episodio depresivo importante que afecta al funcionamiento social y laboral. Los síntomas causan una gran angustia y pueden incluir ideas suicidas. Si no se trata, los síntomas pueden persistir más allá de 14 días y pueden durar de varios meses a un año.¹ La "psicosis posparto" es una emergencia psiquiátrica y se caracteriza por paranoia, alucinaciones, delirios e ideas suicidas, con el riesgo potencial de suicidio y/o infanticidio. Puede ocurrir en uno o tres de cada 1.000 partos y suele tener un inicio rápido (entre horas y pocas semanas) después del parto.^{7,8} Las mujeres con psicosis posparto pueden tener una historia previa de psicosis posparto o de trastorno bipolar, pero en algunas mujeres no hay antecedentes psiquiátricos.^{11,12} Aproximadamente el 25-50% de las mujeres con trastorno bipolar corren el riesgo de desarrollar psicosis posparto.¹³ Los "pensamientos intrusivos posparto" y el "trastorno obsesivo compulsivo" se dan comúnmente en las mujeres, pero con una amplia gama de gravedad de los síntomas son motivo de preocupación para las mujeres posparto. Los pensamientos intrusivos u obsesivos son pensamientos, imágenes o ideas desagradables e involuntarias que pueden convertirse en obsesiones. Estos pensamientos suelen ser molestos o angustiosos para la mujer, y pueden ser difíciles de manejar o eliminar.^{14,15}

Detección de la DPP

Las investigaciones confirman que la mayoría de las madres (80%) se sienten cómodas con la idea de someterse a un cribado de la depresión.¹ A nivel internacional, las directrices y las autoridades recomiendan el cribado de la DPP.¹⁶⁻¹⁸ Aunque las pruebas definitivas de los beneficios son limitadas, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda que los médicos examinen a las pacientes al menos una vez durante el período perinatal para detectar los síntomas de depresión y ansiedad utilizando una herramienta estandarizada y validada.¹⁹ Por primera vez, un gran estudio multicéntrico estadounidense sobre el cribado y la atención de seguimiento de la DPP en un entorno de medicina de familia ha mostrado una mejora de los resultados maternos a los 12 meses.²⁰ (I) (La calidad de la evidencia

[niveles de evidencia I, II-1, II-2, II-3 y III] se basa en las calificaciones del grupo de trabajo del Apéndice A de los servicios preventivos de EE.UU.²¹ y se indica a lo largo de este protocolo entre paréntesis). La mayoría de los médicos y proveedores de atención sanitaria materno-infantil reconocen los efectos perjudiciales de la DPP y están de acuerdo en que el cribado de las nuevas madres está dentro del ámbito de su práctica.^{22,23} La Academia Americana de Pediatría y la Oficina del Cirujano General de EE.UU. reconocen y piden la identificación y el tratamiento tempranos de los trastornos de salud mental, incluida la DPP.^{24,25} Es importante que el cribado de la DPP se realice de forma sistemática en todo el mundo, ya que la detección y el tratamiento han demostrado ser beneficiosos en muchos países.²⁶ (I)

Instrumentos de cribado

El instrumento de cribado más estudiado en todo el mundo es la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS).^{7,27} La EPDS es gratuita, se considera de dominio público, está disponible en muchos idiomas y tiene validez transcultural. Consta de 10 preguntas que la madre debe rellenar basándose en los síntomas de los últimos 7 días y tarda aproximadamente 5 minutos en completarla.²⁷ Existen múltiples puntos de contacto en los que se puede realizar el cribado. En las visitas de atención al niño sano, el cribado de la EPDS puede realizarse durante las visitas de 1, 2, 4 y 6 meses.^{7,16-18,28-30} La revisión de la incisión de la cesárea a las 2 semanas y la visita posparto a las 4-8 semanas también son oportunidades importantes de cribado. La EPDS puede administrarse fácilmente y ha demostrado su validez para detectar trastornos del estado de ánimo posparto a partir de las 4-8 semanas de vida.^{30,31} (II-3) Una puntuación de 10 o más o una respuesta positiva a la pregunta 10 sobre pensamientos suicidas se considera positiva e indica que la madre puede estar sufriendo una enfermedad depresiva de gravedad variable.³² (II-3) Los proveedores que atienden al bebé deben derivar a la madre con una pantalla positiva para que reciba la atención adecuada.

Efectos de la DPP

Además de los efectos adversos obvios en la madre, la DPP afecta al niño, al cónyuge y/o a la pareja, y a otros miembros de la familia. Puede causar una disfunción familiar, impedir un vínculo eficaz entre la madre y el bebé, provocar el abandono temprano de la lactancia materna y afectar negativamente al crecimiento y al desarrollo cerebral del bebé.^{7,33-36} Los índices de depresión paterna son más elevados cuando la madre tiene DPP, lo que puede agravar los efectos negativos de la depresión en los niños. Los bebés de madres deprimidas muestran menos compromiso y contacto visual con su madre y corren el riesgo de no prosperar, de padecer trastornos del apego y de sufrir retrasos en el desarrollo.² Se ha demostrado que existe un mecanismo neuroendocrino compartido entre el estado de ánimo materno, los niveles de oxitocina y el afecto materno durante la lactancia.³⁷ Esto refuerza la posición de que las mujeres con depresión se beneficiarían de un apoyo temprano y sostenido a la lactancia. Asimismo, las mujeres con experiencias negativas en el inicio de la lactancia pueden tener más probabilidades de presentar síntomas depresivos a los 2 meses del posparto; por lo tanto, las mujeres que experimentan dificultades en la lactancia deben ser examinadas para detectar síntomas depresivos.³³

Enfoque clínico para el tratamiento de la DPP

Una vez que se identifica que una mujer está en riesgo de padecer DPP, se deben considerar las opciones de tratamiento y ofrecérselas. Para la depresión de leve a moderada en la madre lactante, la terapia psicológica/conductual cognitiva, si está disponible, debe considerarse como terapia de primera línea.³⁸ (II-2)

Tratamiento

Terapia psicológica no farmacológica.

La terapia psicológica es eficaz para el tratamiento del trastorno depresivo mayor en el período posparto, y los distintos tipos de terapia parecen ser igualmente eficaces.³⁹⁻⁴¹ (I) Existen tres enfoques para la administración de la terapia psicológica en el período posparto, que incluyen la terapia interpersonal, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia psicodinámica (terapia no directiva).³⁹⁻⁴⁷ El tratamiento no farmacológico no es perjudicial para el lactante y suele ser aceptable para las madres con TLP. Consideraciones sobre la alimentación del lactante. Las dificultades de la lactancia y los síntomas de la depresión perinatal a menudo se presentan juntos, y el tratamiento de la depresión debe incluir una discusión de la experiencia de la madre con la lactancia. Algunas madres con depresión consideran que la lactancia materna mejora el vínculo afectivo y su estado de ánimo, mientras que otras encuentran que la lactancia materna es difícil. En el caso de las díadas que tienen problemas con la producción de leche y el agarre, se debe intentar simplificar los planes de alimentación para garantizar que la madre y el bebé tengan tiempo para disfrutar el uno del otro. Las exigencias de la lactancia materna nocturna pueden ser un reto para las madres para las que la interrupción del sueño es un desencadenante importante de los síntomas del estado de ánimo. En estos casos, puede ser útil organizar que otro cuidador alimente al lactante una vez por la noche, permitiendo a la madre recibir 5-6 horas de sueño ininterrumpido. Un cuidador también puede llevar al bebé a la madre para que lo alimente en el pecho y luego asumir la responsabilidad de acomodar al bebé para que vuelva a dormir, minimizando así la interrupción del sueño materno. (III) Medicamentos Si la terapia psicológica/conductual no está disponible, los síntomas son graves o las madres rechazan esta terapia, los antidepresivos son una opción eficaz. Hay que tener en cuenta muchos factores a la hora de elegir un antidepresivo durante la lactancia. Todos los antidepresivos están presentes en la leche humana en cierta medida. Los datos que informan las decisiones clínicas se derivan principalmente de informes de casos o series de casos. Por lo tanto, la elección del tratamiento inicial debe basarse en un enfoque clínico informado que tenga en cuenta los tratamientos anteriores de la paciente para la depresión, especialmente el uso durante el embarazo, los síntomas objetivo, los antecedentes familiares de depresión y sus experiencias con los antidepresivos, los trastornos médicos actuales y pasados, los medicamentos actuales, las alergias, los efectos secundarios de los medicamentos y los deseos maternos. Debe realizarse un análisis individualizado de riesgo-beneficio de los tratamientos (Tabla 1).⁴⁸ (I)

Factores clínicos que afectan a la elección del antidepresivo

- Obtenga una historia psiquiátrica centrada en los episodios previos de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad y en las intervenciones terapéuticas eficaces. Si se utilizaron medicamentos psicotrópicos, determinar qué tratamientos fueron eficaces con un perfil de efectos secundarios tolerable. La respuesta al tratamiento anterior suele ser el mejor predictor de la respuesta futura.⁴⁸ (II-2)
- Obtenga una historia familiar de enfermedades psiquiátricas y respuesta al tratamiento. Los antecedentes de un familiar directo pueden ser indicativos de la respuesta al tratamiento de la madre.⁴⁸ (II-2)
- Considerar los síntomas primarios a los que se dirigirá la medicación y su potencial perfil de efectos secundarios.
- Elija medicamentos psicotrópicos con una base de evidencia en mujeres lactantes. Los medicamentos más antiguos con datos disponibles son preferibles a los antidepresivos más nuevos con información de seguridad limitada.

Elección de un antidepresivo durante la lactancia

Al considerar el uso de cualquier medicamento en una mujer lactante, los proveedores deben tener en cuenta los factores de seguridad tanto de la madre como del bebé. La medicación debe ser eficaz para la madre y segura para el niño. Aunque los niveles séricos de la medicación psicotrópica en el lactante son la medida más precisa de la exposición del lactante, a menudo es difícil medir los niveles séricos del lactante en la práctica clínica habitual. Sin embargo, hay que tener en cuenta los factores que afectan al paso de la medicación a la leche humana, entre los que se encuentran los siguientes

1. Vía de administración del fármaco y farmacocinética⁴⁹:
 - tasa de absorción
 - vida media y tiempo de pico sérico
 - constante de disociación
 - volumen de distribución
 - tamaño molecular
 - grado de ionización pH del plasma (7,4) y de la leche (6,8)
 - solubilidad del fármaco en agua y en lípidos
 - unión a las proteínas plasmáticas
2. Cantidad de fármaco recibida por el lactante en la leche humana⁴⁹:
 - rendimiento de la leche
 - calostro frente a leche madura
 - concentración del fármaco en la leche
 - el grado de vaciado del pecho durante la alimentación anterior
 - la capacidad del lactante para absorber, desintoxicar y excretar el fármaco.

La información actualizada sobre el uso de la medicación durante la lactancia se puede obtener fácilmente en Internet en TOXNET LACTMED ([http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed .htm](http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm)) (disponible en inglés) y en e-lactancia (<http://e-lactancia.org/>) (disponible tanto en inglés como en español). La mayoría de los estudios sobre antidepresivos proporcionan niveles en la leche, o la proporción entre la leche y el plasma de la madre, que no son constantes y dependen de factores como la dosis, la frecuencia, la duración de la dosis, la variación materna en la disposición del fármaco, las interacciones entre los fármacos y los antecedentes genéticos. Pocos estudios proporcionan los niveles séricos del lactante, aunque son la mejor medida de la exposición del lactante.⁴⁹

Antidepresivos específicos

Los datos de un meta-análisis reciente indicaron que todos los antidepresivos se detectaron en la leche, pero que no todos se encontraron en el suero del lactante.⁵⁰ Los niveles de nortriptilina, paroxetina y sertralina en el suero del lactante fueron indetectables en la mayoría de los casos. Los niveles séricos infantiles de citalopram y fluoxetina superaron el nivel materno recomendado del 10% en el 17% y el 22% de los casos, respectivamente. Se notificaron pocos resultados adversos para cualquiera de los antidepresivos. No se pudieron extraer conclusiones para otros antidepresivos debido a un número insuficiente de casos. Hay poca o ninguna evidencia de que los "medicamentos" étnicos o regionales sean seguros o eficaces; por lo tanto, su uso por parte de los proveedores de atención médica está fuertemente advertido. (II-2) Para los medicamentos antidepresivos específicos, véase la Tabla 1.

[Para continuar con las tablas detalladas y las conclusiones del protocolo, por favor ver el artículo original]

** A continuación, encontrarán el enlace al artículo de publicación original en inglés.*

NOTA: La traducción libre es una traducción que, respetando el sentido del texto, no sigue fielmente la forma de expresión de la obra original. Los datos y conocimientos del texto no se han alterado y siguen siendo fieles al original. Sin embargo, al no ser una traducción oficial del autor se recomienda leer la fuente original en su idioma original si es posible.

Enlace a la publicación original en Inglés:

<https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/18-use-of-antidepressants-protocol-english.pdf>

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:

NO reclamamos ningún derecho intelectual sobre el contenido o la información presentada aquí. Todo el contenido/información presentado aquí es propiedad de sus autores originales y/o entidades editoras. Utilícese únicamente para fines educativos.