

## ***Madre lactante y drogas psicotrópicas***

Traducción libre al Español

Publicado por The official Journal of The College of Family Physicians of Canada

Autores: B. M. Tripathi, MD, MRCPsych\* and Pradipta Majumder, MBBS\*\*

### **Resumen**

El uso de psicotrópicos durante el embarazo y la lactancia siempre ha sido un tema de debate y controversia. El debate se debe a los posibles efectos adversos sobre el feto o los bebés en crecimiento debido a la transferencia de psicofármacos a través de la placenta o la leche materna de las madres que los reciben; y al problema de interrumpir los psicofármacos en la madre lactante teniendo en cuenta las posibilidades de recaída. Sin embargo, la mayoría de los psicotrópicos se consideran relativamente seguros cuando se utilizan con precaución durante la fase de lactancia. Este artículo describe los datos disponibles sobre el uso de psicotrópicos en madres lactantes, en particular, en relación con el perfil de seguridad de los bebés.

**Palabras clave:** Lactancia, Psicotrópicos, ISRS, Antipsicóticos, Estabilizadores del estado de ánimo

### **Introducción**

El embarazo es un período de gran agitación en términos de salud mental y fisiológica. Se acompaña de una transición de rol de la mujer a la maternidad y, en parte, debido a esto; el embarazo y el puerperio suelen aumentar la posibilidad de desarrollo o exacerbación de enfermedades psiquiátricas.

La depresión clínica, por ejemplo, se da en el 10-15% de las mujeres durante el embarazo, mientras que la depresión posparto se da en torno al 10-22% de las mujeres (Kim, 2006). Las mujeres con mayor riesgo de desarrollar una depresión tienen antecedentes psiquiátricos de episodios depresivos recurrentes o depresión posparto previa (Misri, 2000). También se reconoce cada vez más que algunas mujeres a las que se les diagnostica depresión durante la fase posparto han estado deprimidas también durante el periodo prenatal. Por lo tanto, es importante detectar y tratar los síntomas de la depresión en el periodo prenatal para reducir la incidencia de la depresión postnatal (DPN) (Louise, 2006). Más del 50% de las mujeres que dejan de tomar antidepresivos vuelven a necesitarlos más adelante en el embarazo debido a un resurgimiento de los síntomas depresivos (Misri, 2000). En las mujeres con trastornos depresivos moderados y graves, se está comprobando que el tratamiento farmacológico durante el embarazo y en el periodo postnatal tiene importantes beneficios tanto para la madre como para el bebé (Kristensen, 2007). Las posibles consecuencias negativas de la depresión postnatal tanto para la madre como para el niño están bien establecidas en la literatura. Las consecuencias

negativas de la depresión materna en el desarrollo cognitivo, motor y emocional de la descendencia ya han sido muy discutidas en la literatura anterior (Kim, 2006). Sin embargo, sigue siendo una preocupación la prescripción de antidepresivos, así como de otros psicotrópicos, durante el embarazo y la lactancia, debido al temor a la transferencia de psicotrópicos a los bebés a través de la placenta o la leche materna.

En 1983 se publicó por primera vez una declaración sobre la transferencia de fármacos y sustancias químicas a la leche humana, con revisiones en 1989 y 1994 (American Academy of Pediatrics, 2001). Existe una especial preocupación en cuanto a la prescripción de antidepresivos cuando las mujeres están amamantando, ya que hay pocas pruebas sobre el grado de exposición de los bebés a los antidepresivos a través de la leche materna y el efecto a largo plazo que esto puede tener en ellos (Howard, 2005). A pesar de ello, en Estados Unidos, el 2,8% de las mujeres embarazadas declararon haber utilizado un inhibidor de la recaptación de serotonina (ISR) en los tres meses previos a la concepción y durante la gestación. Con cuatro millones de embarazos que dan lugar a nacimientos vivos, más de 90.000 mujeres estarán expuestas a un ISR anualmente (Dorothy, 2008).

Por término medio, las madres lactantes producen entre 600 y 1.000 ml de leche al día (Burt, 2001). La mayoría de los fármacos se transfieren a la leche mediante procesos de difusión pasiva y, por lo tanto, la concentración materna del fármaco (controlada por la farmacocinética materna) y la relación M/P (relación plasma-leche) son los principales determinantes de la dosis del lactante a través de la leche (Rampono, 2006). En el caso de algunos agentes se produce un transporte activo o mediado por un portador. Los fármacos deben pasar del plasma materno, a través de las paredes capilares, a las células alveolares que recubren el conducto de la leche. Durante los primeros días de vida hay grandes huecos entre estas células alveolares, que permiten que la mayoría de las moléculas las atraviesen fácilmente. Una vez establecida la leche madura, estos huecos se cierran y el acceso de los fármacos a la leche es más limitado (Moretti, 2009).

El paso de los medicamentos psicotrópicos a través de la leche materna depende de varios factores, como la vía de administración, la tasa de absorción, la vida media y el tiempo de concentración sérica máxima, la constante de disociación, el volumen de distribución, el tamaño molecular, el grado de ionización, el pH del plasma y de la leche, la solubilidad de los fármacos en el agua y los lípidos, y la mayor unión a las proteínas del plasma que a las de la leche (Gentile, 2004). El mayor contenido en lípidos de la leche posterior (la leche que se expulsa durante la segunda mitad de la toma) hace probable que la segunda mitad tenga una mayor concentración de medicación materna que la primera mitad (leche anterior) (Burt, 2001).

Aunque hay algunas pruebas de la transferencia de estos psicotrópicos a través de la leche materna y existen algunas preocupaciones respecto a las posibles consecuencias adversas para el bebé, la solución racional a este problema no podría ser simplemente dejar de amamantar al bebé y continuar con los psicotrópicos para salvaguardar los intereses de las madres sin tener en

cuenta las ventajas específicas de la lactancia materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomiendan la leche materna de forma exclusiva durante al menos los primeros seis meses de vida y la continuación de la leche materna con alimentos hasta los 6-12 meses de edad. Hay pruebas de que la lactancia materna tiene importantes ventajas sanitarias, nutricionales, inmunológicas, de desarrollo, psicológicas, sociales, económicas y medioambientales (Becker, 2009). Además, los estudios han demostrado que las tasas de fertilidad entre las mujeres que sufren trastornos psicóticos están en un rango inferior al de la población general, en parte debido a la hiperprolactinemia secundaria a los medicamentos antipsicóticos prescritos (Howard, 2004), lo que hace que sus embarazos sean más valiosos, y no se puede pasar por alto el interés y el bienestar del bebé (Gardiner, 2003). Esto significa que el bebé debe obtener los beneficios de la lactancia materna como parte de su crecimiento y desarrollo normales. Debido a estas razones, podría ser importante que las unidades especializadas se ocuparan de las enfermedades psiquiátricas posparto, aunque las unidades dedicadas a la atención posparto sólo existen en unos pocos países (Berle, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, se suele insistir en que el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas en las mujeres después del parto debe integrar tanto las modalidades psicosociales como las biológicas para minimizar el riesgo de afectación del bebé debido a la exposición a los psicotrópicos prescritos a la madre (Berle, 2004). Hay que tener muy en cuenta que los psicotrópicos suelen administrarse a largo plazo, a diferencia de los antibióticos y algunos otros medicamentos. Por lo tanto, también alcanzan una concentración de estado estable en la leche excretada y no sirve de mucho descartar la leche materna, o programar la alimentación en torno a la medicación, ya que se cree que hay poca diferencia en la dosis recibida por el lactante (Snellen, 2007).

Casi todos los psicotrópicos se excretan en la leche materna y tienen el potencial de causar una mala alimentación, sedación y otros efectos secundarios en los bebés. Además, los bebés prematuros y los menores de seis meses tienen una capacidad limitada para metabolizar estos fármacos debido a la inmadurez de su función hepática. Existe un límite de seguridad teórico de una dosis infantil relativa inferior al 10% de la dosis materna, que puede utilizarse para comprender los datos relativos a la excreción en la leche materna (Snellen, 2007).

Debido a estas preocupaciones, la FDA estadounidense ha clasificado los medicamentos en función de su seguridad durante el embarazo. Sin embargo, el sistema de letras que clasifica los medicamentos en las categorías de riesgo A, B, C, D y X va a ser eliminado según el reciente anuncio de la FDA estadounidense (mayo, 2008). Este sistema se considera obsoleto y no tiene en cuenta la nueva información sobre la seguridad de los medicamentos y los perfiles de riesgo en el embarazo y la lactancia. Además, se le critica por ser demasiado simplificado. El nuevo sistema de etiquetado tendrá secciones separadas para el embarazo y la lactancia, y cada sección tendrá tres componentes principales: resumen de riesgos, consideraciones clínicas y análisis de datos (en animales y en humanos) (Becker, 2009).

Los siguientes párrafos tratarán de resumir el uso de psicotrópicos durante la lactancia, principalmente en términos de seguridad para los bebés. Nos gustaría describir los datos disponibles dividiéndolos en diferentes grupos de psicotrópicos.

## ISRS

La mayoría de los ISRS e IRSN se encuentran en la leche en cantidades relativamente bajas y se consideran "probablemente seguros" en el tratamiento de la depresión, así como de la distimia posparto, el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo; y a menudo se consideran el agente de primera línea para estos trastornos (Berle, 2004). La fluoxetina, así como otros ISRS, aunque se utilizan con frecuencia tanto en el embarazo como en la lactancia, se segregan en la leche materna y la dosis del lactante viene determinada en gran medida por la concentración del fármaco materno (Kim, 2006). El síndrome de abstinencia neonatal se ha notificado repetidamente con el uso de fluoxetina, sertralina y paroxetina al final del trimestre (Misri, 2000).

Resulta preocupante un único caso de un bebé de seis semanas de edad de una madre que recibía fluoxetina y que desarrolló llanto excesivo, disminución del sueño, vómitos y diarrea que se dispararon al interrumpir la lactancia. Los efectos adversos notificados en otros estudios fueron transitorios y por informe de la madre o se vieron confundidos por múltiples medicamentos (Burt, 2001).

Dos informes de casos de bebés lactantes expuestos a la leche de madres que tomaban fluoxetina informaron de un aumento de la irritabilidad, cólicos, aumento del llanto, disminución del sueño, aumento de los vómitos y heces acuosas (Isenberg, 1990; Lester, 1993).

Otro informe de un caso encontró concentraciones sustanciales tanto de fluoxetina como de norfluoxetina en el suero de los bebés e informes de actividad similar a las convulsiones (Misri, 2000). En la mayoría de los estudios, no se documentaron consecuencias adversas significativas con el uso de fluoxetina en madres lactantes hasta el año de edad de sus hijos. La fluoxetina de 20-40 mg dio lugar a niveles plasmáticos relativamente bajos en los lactantes (Becker, 2009).

Con la paroxetina y la sertralina, dos de los agentes más comúnmente utilizados, los lactantes generalmente tenían niveles séricos del fármaco bajos o indetectables (Moretti, 2009). Las pruebas contradictorias colorean la seguridad de la sertralina en las madres lactantes, aunque la mayor parte de la literatura sugiere la excreción del fármaco en la leche materna. Existe un gradiente de concentración en la excreción de sertralina en la leche materna humana, de tal manera que la mayor concentración existe en la leche posterior a las 7-10 horas de la dosis materna (Misri, 2000). Sin embargo, la mayor parte de la literatura no apuntaba a consecuencias adversas tras su uso (Becker, 2009).

Los datos sobre otros ISRS no mostraron mucha preocupación respecto a su uso entre las madres lactantes, ya que en la mayoría de los estudios el nivel del fármaco entre los lactantes era de bajo

a indetectable (Becker, 2009). Se ha comprobado que las dosis relativas de los ISRS en los lactantes son las siguientes Sertralina 2,2%, Citalopram & Escitalopram 3,6%, Paroxetina 2,1%, Fluvoxamina 1,3%, Fluoxetina 6,8% (Snellen, 2007).

Sobre la base de una amplia investigación, la lactancia materna no debería desaconsejarse en general en las mujeres que utilizan ISRS. Sin embargo, aún faltan datos a largo plazo sobre la exposición de los bebés a los fármacos antidepresivos a través de la leche materna (Berle, 2004).

### **Antidepresivos tricíclicos**

Los tricíclicos tienen un perfil de efectos secundarios menos favorable y un riesgo mucho mayor de morbilidad y mortalidad por sobredosis. Sin embargo, son relativamente más seguros y la mayoría de los tricíclicos segregan niveles bajos de fármacos (Snellen, 2007). En la mayoría de los casos, no se han encontrado efectos adversos con la exposición a nortriptilina, imipramina, desipramina o clomipramina (Becker, 2009). El uso materno de doxepina durante el embarazo y la lactancia ha suscitado cierta preocupación.

Dos informes de casos mencionan depresión respiratoria, somnolencia, hipotonía, mala succión y vómitos en bebés de madres que reciben doxepina. En estos dos informes, los niveles de concentración de doxepina en la sangre de los bebés eran bajos y ambos se recuperaron tras 24-48 horas de interrupción de la lactancia (Matheson, 1985; Frey, 1999). Los autores aconsejan evitar la doxepina en la medida de lo posible debido al riesgo notificado de sedación peligrosa, parada respiratoria y mala succión (Snellen, 2007; Becker, 2009).

Sin embargo, si la paciente ha tenido una buena mejoría en el pasado, tiene menos lógica cambiar la medicación durante la lactancia (Moretti, 2009). Las dosis infantiles relativas de los ATC pueden ser las siguientes Amitriptilina 1,5%, Clomipramina 2,8%, Dothiepin 4,4%, Doxepin 1,2%, Imipramina 0,15% y Nortriptilina 1,5%. Es necesario vigilar estrechamente a todos los lactantes para evitar la sedación (Snellen, 2007).

### **Mirtazapina, Venlafaxina, Mianserina, Reboxetina y Bupropión**

Existen pocas evidencias para todos, excepto para Venlafaxina y Mirtazapina. Los estudios para estos están comprometidos por el pequeño tamaño de la muestra, lo que disminuye la posibilidad de generalizar la obtención de conclusiones fiables. Se ha encontrado que las dosis infantiles relativas de Venlafaxina y Mirtazapina se sitúan en torno al 6,4% y al 1,9% respectivamente (Snellen, 2007). Se ha mencionado en algunos estudios que la Mirtazapina puede utilizarse como tratamiento de primera línea y, debido a su acción sobre los receptores H1 de la histamina, puede ser preferida en algunos pacientes con depresión postnatal, cuando se requiere sedación nocturna (Kristensen, 2007). Aunque hay transferencia de mirtazapina en la leche materna de la madre lactante, la dosis infantil es mucho menor que la considerada

segura. En un estudio reciente de Kristensen (2007), se descubrió que la dosis infantil media calculada para la mirtazapina más su metabolito desmetilado era de aproximadamente el 1,9% (como equivalentes de mirtazapina) de la dosis materna ajustada al peso, lo que es mucho menos que el límite del 10% que se suele mencionar como seguro. En el mismo estudio, la dosis infantil relativa calculada de escitalopram más desmetiloscitalopram fue del 4% (cuyos datos no se mostraron en detalle). Entre los pocos estudios disponibles que abordan el uso de Bupropión durante la lactancia, no se documentaron consecuencias adversas, excepto en un informe de caso que documenta el desarrollo de convulsiones en un lactante de seis meses, que posiblemente se debió al uso de Bupropión durante la lactancia (Becker, 2009). No se han encontrado estudios sobre el uso de duloxetina durante la lactancia.

### **Estabilizadores del estado de ánimo**

El Comité de Seguridad de Medicamentos de la AAP considera que el litio está asociado "con efectos significativos en algunos bebés lactantes y debe administrarse a las madres lactantes con precaución" (Becker, 2009). Existen riesgos potenciales, ya que la leche materna contiene un 30-50% del nivel sérico materno de litio administrado, dado que los neonatos son mucho más sensibles a las consecuencias adversas del litio que los adultos. Además, el litio administrado no suele alcanzar el estado estable hasta el décimo día. Por lo tanto, los efectos no se observan en el período periparto temprano (Snellen, 2007). En los pocos informes de casos, los efectos adversos en los lactantes notificados han incluido cianosis, hipotonía, soplo cardíaco, cambios electrocardiográficos, letargo e hipotermia. Los lactantes pueden ser más susceptibles tanto a la deshidratación como a la toxicidad del litio debido a su función renal inmadura y a la posibilidad de una rápida deshidratación. Por lo tanto, el estado de hidratación, el BUN y la creatina, el nivel de litio y los niveles tiroideos deben vigilarse cuidadosamente tanto en la madre como en el bebé si es necesario utilizar litio en madres lactantes (Sivertz, 2005; Becker, 2009). Algunos autores también recomiendan utilizar el litio con precaución, y sólo si no se dispone de otras opciones; y el bebé debe ser remitido a un pediatra para que controle periódicamente los niveles de litio y la función tiroidea (Snellen, 2007).

Dado que la mayoría de los autores coinciden en que la cantidad de ácido valproico que se transfiere al lactante a través de la leche es baja, la lactancia materna mientras se recibe esta medicación parece ser segura. La dosis relativa de valproato para el lactante oscila entre el 0,68% y el 7,6% (Becker, 2009). Aunque el ácido valproico puede ser eficaz y más seguro que el litio para las madres lactantes, al menos tres estudios sugieren que incluso el litio, cuando se vigila de cerca, parece relativamente seguro, pero se recomienda mucha precaución (Hale, 2004). Sólo se ha notificado un acontecimiento adverso de trombocitopenia y anemia en un lactante de 3 meses expuesto (Becker, 2009; Burt, 2001). Debido a esto, el lactante debe ser vigilado estrechamente por la función hepática y los cambios en las plaquetas (Snellen, 2007).

En el caso del uso de carbamazepina, los niveles notificados en el suero del lactante fueron muy variables, del 15% al 65% de los niveles maternos (Becker, 2009). La dosis relativa del lactante en el caso de la carbamazepina es de alrededor del 4,35% (Snellen, 2007) y se considera compatible con la lactancia. En una revisión, se encontró que sólo dos de los 25 casos de exposición a la carbamazepina en lactantes desarrollaron una disfunción hepática transitoria (Burt, 2001). Aun así, los lactantes expuestos deben ser vigilados mediante niveles séricos y pruebas de función hepática (Becker, 2009).

Tanto la carbamazepina como el ácido valproico no se han asociado a efectos adversos significativos en los lactantes alimentados con leche materna, ya que se detectan pequeñas cantidades en la leche. Se consideran compatibles con la lactancia (Moretti, 2009).

Los efectos de la lamotrigina están clasificados por la AAP como "desconocidos, pero pueden ser preocupantes" (Becker, 2009). En la práctica, actualmente se considera moderadamente segura. Sin embargo, sigue existiendo una preocupación teórica sobre el desarrollo del síndrome de Stevens Johnson y de erupciones cutáneas potencialmente mortales entre los bebés expuestos al fármaco a través de la leche materna. Sin embargo, ninguno de los informes de casos encontró efectos adversos en los bebés (Becker, 2009). Se aconseja amamantar al bebé con precaución debido a la elevada relación leche-suero del fármaco excretado. Se ha comprobado que la dosis relativa de los lactantes es del 22,7 al 30% (Snellen, 2007).

Se ha informado de que la gabapentina pasa a la leche materna casi al 100% de los niveles maternos y, por lo tanto, no se recomienda su uso en mujeres lactantes (Sivertz, 2005).

### **Medicamentos antipsicóticos**

Alrededor del 2% de las mujeres desarrollan un trastorno psicótico no afectivo, y más de la mitad de ellas tienen hijos (Howard, 2004). En un metaanálisis, Altshuler et al. (1996) informaron de que la exposición a antipsicóticos de baja potencia durante el primer trimestre se asociaba a un pequeño riesgo adicional de anomalías congénitas (Yaeger, 2006). Los antipsicóticos típicos y la clozapina son calificados por la AAP como "desconocidos y pueden ser preocupantes" para los lactantes (Becker, 2009), mientras que los antipsicóticos atípicos no han sido calificados hasta la fecha debido a la escasa bibliografía existente sobre su seguridad. Los informes de casos disponibles sobre el uso de antipsicóticos atípicos mencionan un nivel de fármaco bajo o indetectable entre los bebés de madres que usan antipsicóticos atípicos. Se produce cierta excreción en todos los antipsicóticos, sin embargo los datos disponibles hasta la fecha sugieren que los niveles son bajos (generalmente < 3% de la dosis materna) (Moretti, 2009).

Una vez más, hay más pruebas que sugieren una seguridad moderada con los antipsicóticos típicos en comparación con los atípicos, debido a la extrema falta de datos en este último grupo. Además, faltan datos longitudinales para todos los antipsicóticos. Una vez más, el apoyo de la literatura es demasiado mínimo para comentarlo (Becker, 2009). Hay algunos casos de aumento

de la sedación en lactantes expuestos a la clorpromazina y es aconsejable observar si hay sedación (sobre todo si hay mala alimentación) si se utiliza (Snellen, 2007).

La literatura también menciona que el uso de sedantes fenotiazínicos, como la prometazina o la clorpromazina, se ha señalado que induce la apnea del sueño y puede aumentar el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Algunos autores también aconsejan evitar estos fármacos en las madres lactantes si es posible durante los primeros seis meses del posparto, cuando el riesgo de SMSL es mayor. A partir de entonces, se debe observar atentamente al lactante para detectar cualquier efecto sedante (Hale, 2004).

Un informe de caso mencionó un retraso en el desarrollo en el caso de bebés expuestos al haloperidol y la clorpromazina a los 12-18 meses de edad (Wright, 1991). Existe un riesgo de agranulocitosis, sedación e inestabilidad cardiovascular con el uso de clozapina durante la lactancia (Gentile, 2004). La excreción en la leche materna ha variado en los estudios: algunos indican niveles bajos, otros han mostrado concentraciones altas (Sivertz, 2005). Algunos autores abogan por que las madres receptoras de clozapina no amamenten a sus hijos para evitar el posible efecto adverso en el recuento de granulocitos de los bebés (Howard, 2004).

Al comparar los datos del registro de casos (n = 37) con los controles históricos, no se encontró que las tasas de efectos adversos con olanzapina durante el embarazo fueran mayores (Goldstein, 2000). Sin embargo, los datos del Servicio Nacional de Información Teratológica de la Universidad de Newcastle upon Tyne (2009) indican un aumento de la incidencia de malformaciones del 10% (en comparación con una incidencia esperada del 2-3%). Un pequeño estudio de Quetiapina encontró niveles no detectables en la leche materna en dosis inferiores a 75mg. Pequeños estudios sobre la excreción en la leche materna de olanzapina y risperidona sugieren niveles <5% (Snellen, 2007).

Los datos limitados sobre la olanzapina denotan que la mediana y el máximo de las dosis relativas de los lactantes se sitúan en torno al 1,0% y al 1,2%, lo que indica que la exposición de los lactantes a la olanzapina a través de la leche es mucho menor que el límite teórico del 10,0% que se ha utilizado para orientar la seguridad del fármaco durante la lactancia. También se está recomendando en ciertos estudios que las madres que intentan minimizar la exposición del lactante podrían evitar la lactancia en las concentraciones máximas del fármaco en la leche (es decir, cinco horas después de la dosis) (Gardiner, 2003). Sin embargo, una revisión reciente menciona que el uso de olanzapina durante la lactancia parece estar asociado con un mayor riesgo de inducir reacciones extrapiramidales en los bebés amamantados y, por lo tanto, se debe tener el debido cuidado (Gentile, 2008). Entre los 21 informes de bebés amamantados expuestos a la olanzapina, cinco mostraron eventos adversos, incluyendo ictericia, sedación, cardiomegalia y soplo cardíaco; temblores, mala succión y letargo; lengua protuberante; y erupción, diarrea y trastornos del sueño (Gentile, 2004).

## **Benzodiazepinas**

Hay pocos datos sobre la seguridad de las benzodiazepinas durante la lactancia. Sin embargo, las benzodiazepinas se excretan mínimamente en la leche materna, por ejemplo, un 1% con el oxazepam y un 8% con el alprazolam (Moretti, 2009). En general, las pruebas demuestran que las benzodiazepinas tienen una relación leche/plasma infantil más baja que otros medicamentos psicotrópicos. Se ha comprobado que las benzodiazepinas con vidas medias más cortas (es decir, el lorazepam, el alprazolam y el oxazepam) son muy bajas en la leche materna. No se encontraron efectos adversos en la mayoría de los lactantes expuestos (Becker, 2009). Los informes de casos indican que las concentraciones plasmáticas en la leche varían entre el 0,1 y el 0,5% de la dosis materna para diferentes benzodiazepinas (Sivertz, 2005). La mayoría de los autores prefieren los agentes de acción más corta, como el oxazepam, el alprazolam y el temazepam. Además, existe el riesgo de que estos fármacos se acumulen en el organismo de los lactantes con agentes de acción más prolongada. En un estudio más antiguo realizado por Fisher (1985), sólo uno de los 13 bebés de madres lactantes que recibieron clonazepam desarrolló cianosis en el momento del parto y durante los 10 días iniciales de la lactancia.

Sin embargo, a la vista de algunos informes de casos que documentan los efectos de abstinencia en los neonatos de madres lactantes que toman benzodiazepinas, especialmente los que usan benzodiazepinas a largo plazo, se suele recomendar que se restrinja el uso de benzodiazepinas a corto plazo (1 a 2 semanas) (es decir, diazepam, midazolam o lorazepam) en lugar de su uso a largo plazo, en la medida de lo posible (Hale, 2004). También se sugiere observar la sedación en el lactante (Snellen, 2007).

## **Zolpidem y zopiclona**

Se aconseja evitar estos fármacos debido a la disponibilidad de datos de seguridad limitados sobre su uso. Si se utilizan, se justifica la observación de los lactantes en busca de sedación (Snellen, 2007).

## Observaciones finales

El uso de psicotrópicos en madres lactantes suscita preocupación en cuanto a su seguridad en los lactantes. Sin embargo, hay una escasez de investigaciones de calidad que aborden esta cuestión que a menudo justifica el desafío clínico en la práctica diaria. La base de evidencia disponible hasta la fecha sugiere que los psicofármacos como grupo son relativamente seguros durante el embarazo y la lactancia, y las mujeres y sus proveedores de atención médica no deben preocuparse excesivamente si una mujer requiere tratamiento. El clínico debe ser cauteloso ante las consecuencias poco frecuentes pero potencialmente peligrosas que se observan en los lactantes. Aunque hay pruebas de la transferencia de la mayoría de los medicamentos psicotrópicos a través de la leche materna, la concentración del fármaco en los lactantes es, en la mayoría de los casos, inferior al límite de seguridad. Sin embargo, hay casos de desarrollo de síntomas de abstinencia y algunos otros efectos adversos observados entre los bebés de madres lactantes que reciben psicotrópicos, que deben ser vigilados de cerca

*\* 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://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3031938/>

**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.