

EMBARAZO Y PSICOFÁMACOS

Introducción

Durante el embarazo se producen cambios fisiológicos que generan a su vez cambios farmacocinéticos y que pueden alterar tanto la eficacia como la seguridad de los fármacos.

El efecto más destacable es la posible **teratogenia** definida como la capacidad para producir malformaciones congénitas en diversos estadios del desarrollo fetal.

El primer trimestre de la gestación es el que más riesgos teratogénicos presenta.

Es necesario que los profesionales que atiendan a pacientes de salud mental durante el embarazo **identifiquen los fármacos seguros** de los potencialmente teratogénicos para realizar un correcto uso.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo y Google Académico . Así como la siguiente página: Elsevier Journals.

En sus buscadores se introdujeron las siguientes palabras claves en español: embarazo, psicofármacos, teratogenia. Y en inglés: pregnancy, psychotropic drugs, teratology. Se revisaron un total de 11 artículos, de los cuáles se seleccionaron 6.

OBJETIVO: Conocer cuáles son las recomendaciones para el uso seguro de psicofármacos durante la gestación

Resultados:

→ Food and Drug Administration (FDA) norteamericana clasifica los medicamentos en cinco grupos según cual sea el riesgo que se asocia a su uso durante el embarazo.

TERATOGENICIDAD DE LOS PSICOFÁRMACOS SEGÚN LA FDA

Categoría A. Considerado seguro a dosis habituales. No hay evidencia de riesgo fetal.

Categoría B. Uso aceptado. Riesgo fetal en humanos no demostrado.

Categoría C. Potencialmente riesgoso. Evaluar riesgo/beneficio.

Categoría D. Hay evidencias de riesgo fetal. Usar como último recurso.

Categoría X. Contraindicado. No usar en mujeres embarazadas.

→ Las recomendaciones actuales más solventes indican que ha de mantenerse el **control óptimo** de los trastornos mentales graves durante el embarazo, el periodo del posparto y el ulterior, y que tanto ellas como sus embarazos hay que monitorizarlos de forma continua.

→ Hay acuerdo general en la necesidad de **minimizar** la exposición fetal a la **medicación innecesaria**, cualquiera que sea.

CATEGORIA X



DISULFIRAM (X)
FLURAZEPAM (X)
QUAZEPAM (X)
TRIAZOLAM (X)



CATEGORIAS C, D

ALPRAZOLAM (D)	OXCARBAZEPINA (D)	CITALOPRAM (C)	HALOPERIDOL (C)
AMITRIPTILINA (D)	PAROXETINA (D)	FLUOXETINA (C)	OLANZAPINA (C)
BROMAZEPAM (D)	TOPIRAMATO (D)	DULOXETINA (C)	QUETIAPINA (C)
CARBAMAZEPINA (D)	VALPROATO (D)	FLUVAXAMINA (C)	RISPERIDONA (C)
CLONAZEPAM (D)	PREGABALINA (C)	ESCITALOPRAM (C)	ZIPRASIDONA (C)
CL. DIPOTASICO (D)	ZOLPIDEM (C)	MIRTAZAPINA (C)	LAMOTRIGINA (C)
DIAZEPAM (D)	AMITRIPTILINA (C)	SERTRALINA (C)	DISULFIRAM (C)
IMIPRAMINA (D)	BUPROPIÓN (C)	TRAZODONA (C)	METADONA (C)
LITIO (D)		ARIPRIPAZOL (C)	NAOLOXONA (C)
LORAZEPAM (D)			NICOTINA (C,D)
MIDAZOLAN (D)			BIPERIDENO (C)

CATEGORIAS A, B

BUSPIRONA (B)
DIFENHIDRAMINA (B)
DOXILAMINA (B)
MAPROTILINA (B)
CLOZAPINA (B)
BROMOCRIPTINA (B)
CIPROHEPTADINA (B)

No los hay en Categoría A

Conclusiones:

- Siempre que sea posible evitar el uso de psicofármacos durante el primer trimestre.
- Es preferible fragmentar la dosis para evitar picos plásmáticos elevados, y que dicha dosis sea lo más baja posible pero efectiva.
- Mejor usar un solo fármaco que varios ya que se aumentan teóricamente efectos secundarios e interacciones
- Los fármacos de aparición más reciente deberían evitarse al contar con menos casos expuestos

Bibliografía:

1. Rosan Ti, Rosan J. Uso de psicofármacos en Psiquiatría en el embarazo y la lactancia. Alcmemon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 18 (2): 105-111
2. Pacheco L; Medrano J; Zardoya MJ. Uso de psicofármacos en el embarazo y la lactancia. Badalona. Euromedice: ediciones médicas; 2009
3. Guillén, J. M. B., & Company, E. S. (2009). Uso de antipsicóticos durante el embarazo y la lactancia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 138-145.
4. Romá E; García J, Poveda JL. Medicamentos y embarazo. Generalitat Valenciana. Conselleria Sanitat. 2007