Malabarismos: La importancia de la dosis de medicamento en el embarazo

Por: Kirstie Perrotta, MPH y Becky Spencer, PhD, APRN, PMHNP-BC, IBCLC, PMH-C, FILCA

Shannon estaba recién embarazada y había sido referida a MotherToBaby por su médico. Ella estaba tomando 50 mg de sertralina por día para la ansiedad general y su médico pensó que podría necesitar dejar de tomar el medicamento ahora que tenía 5 semanas de embarazo. Shannon había estado tomando el medicamento durante 3 años y se sentía muy bien con su dosis actual, por lo que tenía algunas preocupaciones sobre este plan de cambio. A través del servicio de chat en vivo en el sitio web de MotherToBaby, Shannon se conectó conmigo, una especialista en información de teratología, donde preguntó: «¿Realmente necesito suspender mi medicamento para la ansiedad, o podría continuar con una dosis más baja?»

Comencé abordando la importancia de sopesar los riesgos frente a los beneficios de tomar cualquier medicamento para la salud mental durante el embarazo. La sertralina está muy bien estudiada y no se ha asociado con un riesgo de defectos de nacimiento, pero tiene el potencial de causar síndrome de adaptación neonatal o abstinencia aproximadamente el 10-30% de las veces e hipertensión pulmonar persistente en menos del 1% de los bebés expuestos. Por otro lado, sabemos que la ansiedad no tratada también puede causar problemas para el embarazo, incluido un mayor riesgo de parto prematuro. Para muchas pacientes, los beneficios de seguir tomando un medicamento como la sertralina superan los riesgos potenciales, pero cada caso es único y, en última instancia, la paciente debe decidir con qué se siente más cómoda.

Llegando a la otra pregunta de Shannon sobre la dosis, compartí que, aunque muchas mujeres embarazadas sienten que necesitan bajar su dosis una vez que dan positivo en una prueba de embarazo, de hecho, lo contrario es cierto. Durante el embarazo, hay muchos cambios que ocurren, incluyendo aumento de peso, aumento del volumen de sangre y agrandamiento de los riñones. En el exterior, las cosas no se verán muy diferentes, pero la investigación muestra que estos cambios ocurren poco después de la concepción. Esto significa que las dosis de medicamentos que anteriormente funcionaban bien para controlar una afección se «diluyen» en cierto sentido y pueden no ser tan efectivas como antes. En algunos casos, las mujeres necesitan aumentar su dosis para continuar controlando la enfermedad.

Para obtener más información sobre cómo los cambios corporales durante el embarazo afectan la dosificación de medicamentos, recurrimos a Becky Spencer, PhD, APRN, PMHNP-BC, IBCLC, PMH-C, una enfermera psiquiátrica especializada en salud mental perinatal en la Universidad de Mujeres de Texas con algunas preguntas más sobre este fascinante fenómeno.

¿Puede contarnos un poco más sobre lo que está sucediendo en el cuerpo durante el embarazo y por qué los medicamentos se vuelven menos efectivos?

Becky Spencer: Tienes razón, Kirstie, que el embarazo tiene un impacto significativo en la absorción de medicamentos, que es cómo se transporta un medicamento al torrente sanguíneo; la distribución de medicamentos, que es el desembolso de un medicamento a medida que se mueve a través de la sangre y los tejidos del cuerpo; y el metabolismo de medicamentos, que es el proceso por el cual el cuerpo descompone y elimina medicamentos u otras sustancias. Durante el embarazo, especialmente más adelante en el embarazo, la absorción del fármaco del estómago al torrente sanguíneo disminuye debido a un vaciamiento gástrico más lento y un movimiento más lento del intestino y el colon, por lo que puede tomar más tiempo para que un medicamento se absorba y comience a funcionar.

El volumen de sangre de la mujer casi se duplica durante el embarazo, lo que afecta la distribución de medicamentos. Con el efecto de dilución hay una menor concentración de medicamento en el plasma sanguíneo, lo que resulta en menos medicamentos que llegan a los tejidos de meta. La mayoría de los medicamentos se metabolizan en el hígado o los riñones. Durante el embarazo, el aumento del flujo sanguíneo a los riñones da como resultado un aumento de la tasa de filtración glomerular (TFG), lo que significa que los medicamentos se eliminan del torrente sanguíneo más rápido, lo que significa que el medicamento permanece en el cuerpo menos tiempo. Del mismo modo, los niveles hormonales aumentan durante el embarazo, lo que aumenta la actividad de varias enzimas metabólicas en el hígado que metabolizan los medicamentos. Cuando el hígado metaboliza un medicamento más rápidamente, hay menos medicamento que llega a los tejidos de meta.

Lo que estos cambios significan para las mujeres embarazadas que toman medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad es que la dosis de medicamento que estaban tomando antes del embarazo puede tener un efecto más baja durante el embarazo, porque los cambios biológicos disminuyen efectivamente la cantidad de medicamento que llega a los tejidos de meta, en este caso, el cerebro. Las mujeres embarazadas pueden tener un aumento en los síntomas del estado de ánimo y de ansiedad que interpretan como un empeoramiento de la condición cuando, de hecho, la disminución de la medicación circulante es la causa de un aumento de los síntomas.

En su práctica, ¿con qué frecuencia ve que las mujeres aumentan su dosis de medicamentos para el estado de ánimo? ¿Es necesario aumentar sustancialmente la dosis?

Becky Spencer: Muy buena pregunta. La respuesta es que depende del tipo de medicamento, la condición específica (depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, bipolar, etc.) y la gravedad de los síntomas. Los proveedores psiquiátricos generalmente aumentan las dosis de medicamentos en cantidades graduales hasta que el paciente tiene alivio de los síntomas o efecto terapéutico deseado. Si un paciente está experimentando una respuesta parcial a un medicamento (alguna mejora en el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad), la mejor práctica es aumentar la dosis de ese medicamento antes de pensar en agregar un medicamento adicional.

Otra pregunta que escucho es si las dosis de medicamentos deben basarse o no en lograr un nivel específico de concentración de plasma sanguíneo. La respuesta corta es, para la mayoría de los medicamentos, no. No verificamos rutinariamente las concentraciones plasmáticas de la mayoría de los antidepresivos porque no existen rangos de concentración plasmática terapéutica válidos y confiables. Algunos medicamentos estabilizadores del estado de ánimo como el valproato o el litio requieren monitoreo del plasma sanguíneo tanto durante el embarazo como fuera del embarazo. Eutimia, o estado de ánimo estable, es el objetivo de los ajustes de dosis de medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo.

¿Qué pasa después del parto? ¿Es necesario volver a bajar la dosis de inmediato?

Becky Spencer: Depende del tipo de medicamento y, en cierta medida, de los síntomas que experimente el paciente. El período posparto es un momento vulnerable para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad por varias razones, incluido el cambio hormonal significativo que ocurre después del nacimiento, la falta de sueño, el ajuste de roles para cuidar a un bebé y, para algunos nuevos padres, la falta de apoyo social y emocional necesario. La disminución de los antidepresivos demasiado rápido después del nacimiento podría exacerbar el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad durante ese momento muy vulnerable. La decisión de disminuir las dosis de cualquier medicamento recetado para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad debe ser una decisión de colaboración entre el paciente y el proveedor. Si es deseable disminuir la dosis de mediación, debe ocurrir gradualmente y cualquier cambio en el estado de ánimo y los síntomas de ansiedad debe informarse al proveedor. La única excepción a esta regla es para los pacientes que toman litio. Si las dosis de litio se incrementaron durante el embarazo, deben reducirse a dosis previas al embarazo después del parto.

Shannon está preguntando sobre la sertralina, un medicamento para tratar la ansiedad, pero ¿hay otros

medicamentos que pueden requerir aumento de dosis durante el embarazo?

Becky Spencer: Cualquier medicamento utilizado para tratar los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad, incluidos los antidepresivos, los estabilizadores del estado de ánimo, los antipsicóticos y los medicamentos contra la ansiedad, puede necesitar aumentos de dosis durante el embarazo. El punto más importante es que las mujeres embarazadas controlen su estado de ánimo y síntomas de ansiedad e los informe a su proveedor. La decisión de aumentar las dosis de medicamentos siempre debe ser una decisión colaborativa entre la paciente y el prescriptor de atención médica.

¿Cómo deben las pacientes abordar esta conversación con su proveedor de atención de salud?

Becky Spencer: La decisión de tomar cualquier medicamento durante el embarazo debe basarse en una discusión entre los proveedores de atención de salud y las pacientes que tenga en cuenta la investigación disponible sobre los riesgos de medicamentos específicos y los riesgos de afecciones mentales no tratadas o subtratadas tanto para la mujeras embarazada como para el bebé. Los riesgos de no tratar los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad durante el embarazo están bien documentados y son significativos. Los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad no tratados o subtratados durante el embarazo se asocian con hipertensión, parto prematuro, bajo peso al nacer e impactos negativos a largo plazo en el desarrollo motor y cognitivo del bebé. Las condiciones de salud mental son la principal causa de mortalidad materna en los Estados Unidos. El tratamiento eficaz para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad en el período perinatal literalmente salvará vidas.

Mis tres consejos principales para tener una discusión con los proveedores de atención de salud sobre los medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad en el período perinatal incluyen:

- Haga una cita con un proveedor psiquiátrico que se especialice en trastornos del estado de ánimo y ansiedad perinatales o psiquiatría reproductiva. Visite la pagina https://www.postpartum.net/en-espanol/ un excelente lugar para encontrar especialistas en su estado, y muchos brindan servicios de telesalud.

- Si su proveedor de obstetricia duda en tratar sus síntomas de estado de ánimo y ansiedad, recomiende que haga una cita para hablar con un proveedor psiquiátrico que se especialice en el tratamiento del estado de ánimo perinatal y los trastornos de ansiedad durante el embarazo en la Línea de Consulta Psiquiátrica de Postpartum Support International Este servicio gratuito cuenta con psiquiatras perinatales que están disponibles para compartir sus habilidades y experiencia y brindar orientación a otros profesionales médicos sobre la prescripción de medicamentos durante el embarazo y la lactancia. .

- Las hojas informativas de MotherToBaby son un excelente recurso y una excelente manera de iniciar una conversación con su proveedor sobre medicamentos específicos para la salud mental durante el embarazo y la lactancia. Recomiendo que las mujeres embarazadas y lactantes que están tomando medicamentos para los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad accedan e impriman las hojas informativas de MotherToBaby para

los medicamentos que están tomando o que les interesen, léanlas, anoten preguntas y las lleven a sus proveedores obstétricos y / o psiquiátricos para comenzar la conversación. Recuerde que usted es su mejor defensor de su salud y la de su bebé.

Muchas gracias por compartir tu conocimiento, Becky. Siempre es bueno aprender más sobre este tema.

Finalmente, Shannon decidió seguir con su dosis actual durante las primeras semanas de embarazo y hacer una cita con su psiquiatra para discutir el aumento de su dosis en unas pocas semanas. Mientras tanto, planeaba controlar su estado de ánimo para asegurarse de que la ansiedad permaneciera bien controlada.

Si tiene preguntas sobre medicamentos para la salud mental, dosis o cualquier otra exposición durante el embarazo o la lactancia, no dude en comunicarse con un especialista de MotherToBaby por teléfono, chat, mensaje de texto o correo electrónico para obtener más información. Además, puede visitar nuestro centro de recursos de salud mental para acceder a hojas informativas, blogs y podcasts sobre afecciones de salud mental y los medicamentos utilizados para tratarlas durante el embarazo y la lactancia.

Referencias:

- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. ***Journal of Affective Disorders, 225***, 18–31. doi:10.1016/j.jad.2017.07.045
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M. C., & Khurana, R. (2020). Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. ***Frontiers in Global Women's Health***, 1. doi:10.3389/fgwh.2020.00001
- Deligiannidis, K. M., Byatt, N., & Freeman, M. P. (2014). Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. ***Journal of Clinical Psychopharmacology***, ***34***(2), 244-255. doi: 1097/JCP.0000000000000087
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N.... Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association with Adverse Perinatal Outcomes. ***The Journal of Clinical Psychiatry***, 79(5). doi:10.4088/jcp.17r12011
- Hussein W, Lafayette RA. Renal function in normal and disordered pregnancy. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2014 Jan;23(1):46-53. doi: 10.1097/01.mnh.0000436545.94132.52. PMID: 24247824; PMCID: PMC4117802.
- Hutner, L. A., Catapano, L. A., Nagle-Yang, S. M., Williams, K. E., & Osborne, L. M. (Eds.). (2021). ***Textbook of women's reproductive mental health***. American Psychiatric Pub.
- Prakash, C., & Nagle-Yang, S. (2019). Postpartum psychosis: Protecting mother and infant. ***Current Psychiatry***, ***18***(4), 12-21.

- Rusner, M., Berg, M., & Begley, C. (2016). Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. BMC Pregnancy and Childbirth, 16(1). doi:10.1186/s12884-016-1127-1

- Sachdeva P, Patel BG, Patel BK. Drug use in pregnancy; a point to ponder! Indian J Pharm Sci. 2009 Jan;71(1):1-7. doi: 10.4103/0250-474X.51941. PMID: 20177448; PMCID: PMC2810038.

- Shay, M., MacKinnon, A. L., Metcalfe, A., Giesbrecht, G., Campbell, T., Nerenberg, K. ... Tomfohr-Madsen, L. (2020). Depressed mood and anxiety as risk factors for hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. ***Psychological Medicine***, 50(13), 2128–2140. doi:10.1017/s0033291720003062

- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health, 15, 174550651984404. doi:10.1177/1745506519844044

- Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. ***Women's Health, 15***, 174550651984404. doi:10.1177/1745506519844044

- Trost, S. L., Beauregard, J. L., Chandra, G., Njie, F., Berry, J., Harvey, A., Goodman, D. (2023). Pregnancy-Related Deaths: Maternal Mortality Review Committees in 36 states, 2017–19. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/data-mmrc.html

Descargo de responsabilidad: las hojas informativas de MotherToBaby están destinadas a fines de información general y no deben reemplazar los consejos de su proveedor de atención médica. MotherToBaby es un servicio de la Organización sin fines de lucro de Especialistas en Información de Teratología (OTIS). Copyright de OTIS, 29 de septiembre de 2023.