Controlar la Ansiedad Materna durante el Embarazo

“Estoy preocupada. No puedo dormir. Es ansiedad”. Este mensaje de Natalie llegó unos pocos minutos después de que inicié la sesión de chat en MotherToBaby.org. “Tengo 14 semanas de embarazo y me preocupa tomar un SSRI”, ella continuó. Como especialista en información de teratología, diariamente contesto preguntas relacionadas a exposiciones durante el embarazo y al amamantar y fue un placer hablar con Natalie de este tema.

Natalie acababa de visitar a su ginecóloga quien la diagnosticó con ansiedad. Ella había compartido con su doctora que ella estaba batallando para comer y dormir, y que estaba teniendo pensamientos y preocupaciones constantes acerca del futuro. La ginecóloga de Natalie tenía la preocupación de que lo que ella estaba describiendo fuera algo más que las preocupaciones típicas de una mujer embarazada. Ella recomendó que Natalie empezara a usar un SSRI para ayudarle a controlar sus síntomas.

Natalie sabía que tenía que hacer algo para controlar su ansiedad, pero estaba renuente a la idea de tomar medicinas. “He leído en el internet que los SSRIs pueden causar que el bebé tenga efectos por la falta de los medicamentos al nacer, y yo no quiero hacer nada que dañe a mi bebé” ella escribió rápidamente. “En vez de tomar esta medicina, ¿sería mejor que yo sufra las próximas 26 semanas para que mi bebé nazca bien?”

La pregunta de Natalie no es fuera de lo común. Aquí en los Estados Unidos, la ansiedad afecta aproximadamente a 6.8 millones de adultos, y las mujeres tienen el doble de la probabilidad de tener esta condición. Además, aproximadamente 6% de las mujeres desarrollarán ansiedad en algún punto en su embarazo. Hay tratamientos sin medicinas que pueden ayudar primero a ciertas personas. Algunas mujeres se benefician de meditación o ejercicio diarios. Para otras, el desahogarse con un amigo o atender una sesión de terapia puede ayudar. Natalie había tratado todas estas opciones en su primer trimestre, y desafortunadamente su ansiedad estaba empeorando.

Yo sabía que Natalie quería una respuesta a su pregunta de los efectos, pero le dije que primero era importante el repasar que tan necesario era que ella controlara su condición. Yo felicité a Natalie por reconocer los síntomas de la ansiedad, y tener una conversación honesta con su doctora acerca de sus sentimientos. Luego le dije que muchas mujeres piensan que el sufrir estos sentimientos durante el embarazo es la mejor opción. Sin embargo, sabemos que la ansiedad actualmente puede causar problemas si no se trata. Los estudios han identificado un aumento de riesgo para el nacimiento antes de tiempo (bebé que nace antes de 37 semanas) y bajo peso al nacer cuando las mujeres no controlan su ansiedad durante el embarazo. Las mujeres que no controlan su ansiedad pueden batallar un poco más para conectarse con su bebé durante y después de embarazo. Finalmente, una historia familiar de ansiedad antes o durante el embarazo es un factor de riesgo para desarrollar un problema mental más serio después de dar a luz.

Natalie completamente entendió la importancia de comparar los riesgos vs. los beneficios. Su sobrina había nacido prematuramente y había visto de primera mano que tan difícil esa experiencia había sido para su hermana. Ella estuvo de acuerdo que el tratar su ansiedad era importante.

La doctora de Natalie recomendó que empezara a tomar sertralina (Zoloft), la cual pertenece a una clase de medicamentos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, o SSRIs. Otros medicamentos en esta clase incluyen citalopram (Celexa), fluoxetina (Prozac), y paroxetina (Páxil), para nombrar algunos. Los SSRIs han sido bien estudiados, y esto significa que tenemos una buena idea de los efectos que pueda tener una mujer que toma estos medicamentos durante el embarazo. El síndrome de adaptación neonatal (o efectos en el bebé por falta de la medicina) es uno de los efectos conocidos.

Los bebés de mujeres que están tomando SSRIs al tiempo de dar a luz tienen algunas dificultades en los primeros días de vida. Se han reportado síntomas tales como nerviosismo, aumento de tonalidad muscular, irritabilidad, llanto constante, cambio en su rutina para dormir, temblores, dificultad para comer, y problemas al respirar. No todos los bebés experimentarán estos síntomas. Se estima que 10-30% de los bebés expuestos a SSRIs serán afectados.

Puede que algunos bebés con efectos de falta de medicamento necesiten pasar tiempo en la unidad de cuidado intensivo neonatal (NICU) para recibir cuidado adicional. Sin embargo, en la mayoría de los casos los síntomas no son muy severos y desaparecen en dos semanas. También, parece que no hay una relación entre dosis y efecto, esto

quiere decir que los bebés de las mujeres que necesitan dosis más altas de medicamento para controlar su ansiedad, no tendrán un riesgo más alto de efectos después de nacer.

“Me siento mucho mejor después de hablar con usted y en verdad siento que los efectos se pueden controlar si planifico con anticipación” dijo Natalie. “Creo que será en el mejor interés de mi bebé que yo empiece a tomar este medicamento tan pronto que sea posible para controlar mi ansiedad”. Me agradó que Natalie se había comunicado conmigo para hablar de este tema. Puede ser un tema complejo, y ciertamente uno muy común. Ya con la información más actual disponible, Natalie puede tomar la mejor decisión para ella y su bebé.

Referencias:

• U.S. anxiety stats: https://www.womenshealth.gov/mental-health/illnesses/generalized-anxiety-disorder.html
• Pregnancy anxiety stats: http://www.postpartum.net/learn-more/anxiety-during-pregnancy-postpartum/
• Postpartum Anxiety: https://www.anxiety.org/postpartum-anxiety-risk-factors
• Medications used to treat anxiety: https://adaa.org/finding-help/treatment/medication

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, 25 de junio de 2024.

Controlar la Ansiedad Materna durante el Embarazo

Por Kirstie Perrotta, MPH, MotherToBaby California

Cara y su esposo Mark contactaron a MotherToBaby por primera vez. “Nuestro consejero de adopción nos acaba de llamar–hemos sido potencialmente elegidos esta mañana por una madre que dará luz el próximo viernes!” Cara anunció con emoción. “El consejero dijo que ustedes pueden darnos más información acerca del riesgo de un bebé que ha sido expuesto a la heroína y a Klonopin. No sé la cantidad que la madre usó o cuando dejó de tomar estas drogas. Tenemos que darles nuestra decisión el día de hoy.”

Como Especialista en Información de Teratología, frecuentemente recibo este tipo de llamadas de padres que están en diferentes partes del proceso de la adopción. El camino a la adopción puede ser como una montaña rusa emocional

con muchos altibajos, como los que Cara estaba sintiendo. Aquí en MotherToBaby, estamos al servicio y no es extraño para nosotros recibir llamadas de futuros padres que necesitan tomar una decisión inmediata. Siempre le decimos a los padres adoptivos que es importante saber a qué estuvo expuesta la madre durante el embarazo para poder entender qué le depara el futuro al bebé. La última palabra es: Queremos que los padres adoptivos se sientan preparados para tomar una decisión informada.

Entonces, ¿qué debe un padre adoptivo o una madre adoptiva preguntar cuándo deben tomar esta importante decisión?

Alcohol:

Cuando se pregunta a qué cosas estuvo expuesta la madre durante el embarazo, asegúrese de preguntar si la madre bebió alcohol. El alcohol es una de las exposiciones más preocupantes durante el embarazo. Una madre que bebe durante el embarazo, puede afectar las habilidades del cerebro del bebé, el cual se desarrolla durante ***todas*** las etapas del embarazo.

Los niños que han sido expuestos al alcohol durante el embarazo están a riesgo de nacer con trastorno del espectro alcohólico fetal. (FASD por sus siglas en inglés). FASD es un espectro de desórdenes que varían en efecto de muy severos (como bajo cociente intelectual y cabeza pequeña) a menos severos (como problemas de atención y mal juicio). Mientras el FASD es un diagnóstico de por vida, se sabe que la intervención temprana tiene la capacidad de mejorar significativamente los resultados de la intervención en estos niños. ¿Si usted notará que su hijo empieza a tener dificultad en la escuela o empieza a cambiar de comportamiento, tendrá usted el tiempo y los recursos para buscar la ayuda que necesita? Esta es una pregunta que usted debe de preguntarse a sí mismo al considerar la adopción de un niño que puede tener necesidades especiales en el futuro. Buscar a un especialista en su comunidad que esté familiarizado con el tratamiento de FASD es un buen comienzo al encontrarse en esa situación.

Drogas recreacionales:

La heroína, la cocaína, la marihuana y la metanfetamina, lamentablemente son exposiciones que escuchamos frecuentemente. Mientras algunas madres continúan usando estas drogas hasta el día del parto, otras madres se sienten motivadas a dejar de usar estas drogas al saber que están embarazadas. La información más importante que debe de recolectar acerca de este tipo de exposición es **CUANTO** y **QUE A MENUDO** la madre hizo uso de estas drogas. ¿Fue solo una vez al principio del embarazo, o fue una adicción durante los nueve meses? Estos detalles pueden ayudar al especialista en información de teratología con la que hable, para analizar su situación específica. El uso de estas drogas recreacionales durante el embarazo puede incrementar el riesgo de defectos de nacimiento, complicaciones de embarazo y problemas de aprendizaje. Visite las hojas informativas de MotherToBaby para más información.

Metadona y Buprenorfina:

La metadona y la buprenorfina son dos medicamentos que requieren prescripción y que son comúnmente usados para tratar la adicción a los opioides como la heroína, la codeína y la hidrocodona. La Metadona funciona cambiando la forma en que el cerebro y el sistema nervioso responden al dolor. También disminuye los síntomas dolorosos producidos por la deshabituación a los opioides y bloquea los efectos eufóricos de estos. Para recibir Metadona, el individuo debe de visitar una clínica a diario. La Buprenorfina funciona un poco diferente y se le llama también "agonista parcial." Agonista parcial significa que da un efecto de euforia, pero solo parcialmente y a un grado mucho más reducido que otros narcóticos como la heroína. Buprenorfina es únicamente disponible con receta.

Para muchas mujeres, el mantenerse en terapia de Metadona o Buprenorfina durante el embarazo tiene beneficios. Lo más importante es que ayuda a prevenir el uso de drogas para las mujeres que tienen historial de abuso de opioides. También sabemos que estas mujeres están recibiendo estas drogas en dosis controladas por su médico. Finalmente, las mujeres que continúan en terapia de Metadona o Buprenorfina durante el embarazo tienden a tener menos problemas de salud comparado con las mujeres que continúan usando drogas, las cuales están a riesgo de enfermedades infecciosas (como la hepatitis C o el VIH) al compartir jeringas usadas.

Mientras estos medicamentos son generalmente preferibles en lugar del uso continuo de drogas, aún existen riesgos asociados por su uso durante el embarazo. Si la madre que está considerando, reporta uso de metadona o buprenorfina, por favor contáctenos directamente para más información.

Fumar cigarro

El fumar cigarro frecuentemente va de mano a mano con el uso de drogas y alcohol. De nuevo, el saber cuánto y que a menudo la madre ha fumado es la información más importante que usted puede tener. Muchas veces cuando una mujer se entera que está embarazada, esta suele a dejar de fumar completamente o a fumar menos cigarrillos al día, reduciendo los riesgos para el bebé.

Muchos estudios han asociado el uso frecuente de cigarrillos durante el embarazo con un incremento de riesgo a parto prematuro (parto antes de las 37 semanas de embarazo). Un bebé que nace prematuramente tiene un incremento al riesgo de problemas de salud y tal vez necesite estar en la unidad de cuidado intensivos neonatales (NICU por sus siglas en inglés). Si la madre que usted está considerando es fumador en serie, es importante que piense como usted puede darle la ayuda adecuada a un bebe que tal vez necesite cuidado intensivo en el hospital por más tiempo. Para algunos padres adoptivos que han sido emparejados con un bebé en otro estado, esto representa una complicación de logística. Un par de preguntas que se puede hacer así mismo son: ¿Podría mudarse temporalmente a la ciudad donde nacerá él bebe? ¿Podría pasar tiempo extra en esa ciudad si el bebé requiere una estadía en el hospital de unas cuantas semanas o más?

Medicaciones con prescripción

Si una mamá ha estado tomando medicamentos prescritos, lo más importante que debe hacer es averiguar es si ella está tomando la dosis recetada o no. Existen una variedad de enfermedades que deben de ser controladas durante el embarazo como el asma, la ansiedad, la depresión, la diabetes y nausea solo por mencionar algunos. Si la madre está tomando sus medicamentos de la manera indicada, hay una buena posibilidad de que haya estudios disponibles acerca del uso adecuado durante el embarazo, y los riesgos al bebé podrían ser menores. Si una mujer no está usando los medicamentos de la forma que se le fue recetada, posiblemente no exista mucha información en los estudios disponibles, lo que limita nuestro entendimiento de cómo el embarazo puede ser afectado.

Predisposición genética

Es importante considerar por qué razón la madre necesita tomar algún medicamento específico. Si a la madre se le prescribe una medicación para trastorno bipolar, por ejemplo, su historial médico es algo que se debe de considerar. Muchas condiciones médicas que tienen un componente hereditario, significan que el bebé que usted desea adoptar tiene probabilidades de heredar esta condición. ¿Si el niño desarrolla una condición genética como el trastorno bipolar o esquizofrenia, serían usted y su pareja capaces de afrontar esta situación?

Cuidado prenatal

El cuidado prenatal temprano y regular puede mejorar la probabilidad de un embarazo sano. Las mujeres que visitan a su doctor o partera frecuentemente pueden ser motivadas a dejar los malos hábitos (como el uso de drogas y cigarros) y comenzar hábitos saludables (como el uso de vitaminas prenatales con ácido fólico). Las mujeres que tienen acceso al cuidado prenatal también tienden a tener menos complicaciones durante el embarazo causadas por condiciones de salud (como presión alta y diabetes).

Puede que esta información no esté disponible para usted, pero hay algunas circunstancias en la que se sabe si la madre posiblemente ha recibido cuidado prenatal: las mujeres encarceladas y mujeres en programas de rehabilitación.

Los ultrasonidos son otro aspecto del cuidado prenatal que pueden ser de mucha ayuda e información. Típicamente, durante un embarazo sano y normal, la mujer se somete a un examen llamado Toma de anatomía fetal alrededor de las 20 semanas de embarazo. Esta toma es detallada para ver los órganos del bebé (el corazón, los riñones, la vejiga, los órganos sexuales, el cerebro, etc.) para asegurarse que se están desarrollando apropiadamente. Se toman medidas de ancho y largo para asegurarse que el bebé está creciendo adecuadamente. Mientras estas tomas no son cien por ciento de diagnóstico (queriendo decir que no se pueden ver todos los problemas posibles) una toma normal es reconfortante. Los ultrasonidos son especialmente informativos si la mamá usó drogas o medicamentos que están asociados con un riesgo elevado a defectos congénitos.

¿Ya nació él bebe?

Si él bebe ya nació al recibir la llamada, ¡entonces tenemos más información con la cual podemos trabajar! Primero, se sabe si el bebé nació prematuro y cuál fue su peso. Si el bebé nació a su término (después de las 37 semanas) y tuvo un peso adecuado, su probabilidad de entrar al cuidado intensivo de neonatos es más baja. Un examen físico puede ayudar a determinar la existencia de algún defecto congénito.

Finalmente, podemos ver si se ha mostrado algo llamado síndrome de abstinencia neonatal en el bebé (comúnmente

llamado deshabituación). La deshabituación puede ocurrir en algunos bebés cuando han sido expuestos a drogas como la heroína o la metanfetamina, o a prescripciones como los antidepresivos o metadona al final del embarazo. Mientras las especificaciones pueden ser variables dependiendo al tipo de exposición, los síntomas normalmente se desarrollan inmediatamente después de nacer y en algunos casos los síntomas pueden durar por semanas. Si un bebé sufre de deshabituación, puede que necesite pasar algún tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales para recibir el cuidado apropiado.

Hacer una elección informada

¡Vaya! eso deja bastante en que pensar, ¿no? El propósito de este blog no es de que sienta abrumado o abrumada, ¡pero queremos que esté informado! Sabemos de primera mano que muchos de los futuros padres adoptivos no reciben muchos detalles acerca de la madre y de las cosas a las que ha sido expuesta. ¡Queremos que se sientan preparados con estas preguntas! En muchos casos usted puede recolectar esta información por medio de las conversaciones que la agencia de adopción tiene con la madre, o de los registros médicos de la misma, una vez ya nació él bebe. ¡Mientras más información pueda compartir con expertos como nosotros, mejor! Así que haga todas las preguntas que pueda. Al final, esta es una de las decisiones más importantes que hará en su vida, lo más importante es que se sienta completamente informado.

Después de conocer acerca de los efectos de la heroína y Klonopin, Cara y Mark sintieron que tenían un buen entendimiento de los problemas potenciales asociados con este tipo de exposición durante el embarazo y decidieron continuar con los procedimientos de adopción. La buena noticia para esta pareja (y para todos los futuros padres adoptivos) es que múltiples estudios han mostrado que bebés que crecen en un hogar amoroso y con familias adoptivas estables, tienden a tener más éxito que los que crecen con la madre que continúa con el uso de drogas o alcohol. Cara nos llamó de vuelta hace 3 meses para agradecernos por la información proveída. También nos contó que ya tenía a su bebé en casa y que el bebé sigue prosperando. Están muy felices de haber tomado una decisión informada.

Al continuar su proceso de adopción, no se olvide que los especialistas en información de teratología de MotherToBaby están disponibles para estudiar cualquier caso específico de adopción, sin ningún costo para usted. No dude en llamarnos at 866-626-6847 o por medio de chat se puede comunicar con un experto para contestar sus preguntas.

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, 25 de junio de 2024.

Controlar la Ansiedad Materna durante el Embarazo

Últimamente, parece que cada pocos meses una nueva enfermedad infecciosa aparece en los titulares. La pandemia de COVID-19 dominó el ciclo informativo durante algún tiempo, pero a medida que más y más personas se vacunan y el número de casos graves comienza a disminuir, la atención de los medios se ha desplazado hacia otras amenazas conocidas o emergentes. Desde la gripe, el virus respiratorio sincitial (VRS), hasta la mpox y la sífilis, las infecciones parecen propagarse como el fuego. Más recientemente, el sarampión ha vuelto a aparecer, lo que ha llevado a muchas personas que están planeando un embarazo, actualmente embarazadas o amamantando a asegurarse de que están tomando medidas para evitar la infección.

Cuando inicié sesión en nuestro servicio de chat en vivo en https://mothertobaby.org/es/ el martes por la mañana, apareció de inmediato un chat de Alyssa. “Actualmente tengo 18 semanas de embarazo y se reportó un caso de sarampión en el preescolar de mi hijo. ¿Debo estar preocupada?

Es comprensible que Alyssa esté preocupada. El sarampión es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa causada por un virus. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) el virus del sarampión puede vivir hasta dos horas en un espacio aéreo donde la persona infectada tosió o estornudó. Si las personas respiran el aire contaminado o tocan la superficie infectada y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca, pueden infectarse. El sarampión es tan contagioso que si una persona lo tiene, hasta el 90% de las personas cercanas a esa persona que no son inmunes también se infectarán.

Los síntomas del sarampión generalmente aparecen entre 7 y 14 días después de que una persona se infecta y pueden incluir fiebre alta, tos seca, secreción nasal, ojos enrojecidos y llorosos y sarpullido en todo el cuerpo. Hasta la fecha, los estudios no han identificado un mayor riesgo de defectos de nacimiento cuando las mujeres embarazadas se infectan con sarampión durante el embarazo. Sin embargo, las investigaciones sugieren que una infección por sarampión puede estar asociada con un mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro (tener al bebé antes de las 37 semanas) y muerte fetal.

La primera pregunta que le hice a Alyssa en el chat fue si alguna vez había recibido la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR). Solo una dosis tiene aproximadamente un 93% de efectividad para prevenir el sarampión, mientras que dos dosis tienen una efectividad cercana al 97%, por lo que es la mejor manera de prevenir esta enfermedad. Estas vacunas se administran de forma rutinaria en la infancia, por lo que Alyssa no podía recordar si había recibido ambas, pero después de enviarle un mensaje de texto a su mamá pudo confirmar que estaba completamente vacunada. ¡Uf!, esas fueron buenas noticias. A continuación, discutimos la fecha de exposición. Le pregunté a Alyssa cuándo se informó el caso positivo en la guardería, a lo que ella respondió que fue hace unas dos semanas. Más buenas noticias. Dado que ni Alyssa ni su hijo habían experimentado cualquier síntoma todavía, una infección era poco probable.

Dado que el sarampión no parece retirarse en poco tiempo, es importante saber cómo protegerse mejor contra la enfermedad en todas las etapas de la vida reproductiva.

Preconcepción: Las mujeres que están planeando un embarazo en el futuro deben asegurarse de tener sus vacunas MMR al día ANTES de quedar embarazadas. Si no puede encontrar su registro de vacunas, llame a su proveedor de atención médica, quien tal vez lo sepa. Si no tienen antecedentes, se puede realizar un análisis de sangre (título) para determinar si tiene inmunidad al sarampión. Si resulta que no es inmune, querrá recibir dos dosis de la vacuna MMR para una protección óptima. Solo asegúrese de esperar al menos un mes después de recibir la última inyección antes de intentar quedar embarazada.

Embarazo: Dado que las mujeres embarazadas no deben recibir vacunas vivas (como la MMR)), lo mejor en lo que puede concentrarse durante el embarazo es en la prevención. Lavarse bien las manos siempre es una buena idea. Si hay un brote confirmado de sarampión cerca de usted, considere evitar los lugares públicos concurridos y manténgase alejado de cualquier lugar que haya sido identificado como un riesgo conocido.

Lactancia: Una vez que ya no esté embarazada, se puede administrar la vacuna MMR. Los CDC consideran que la

vacuna MMR es compatible con la lactancia materna y no se esperan efectos secundarios para el bebé amamantado.

Si tiene alguna pregunta sobre la infección por sarampión o la vacuna MMR mientras planifica un embarazo, durante el embarazo o durante la lactancia, MotherToBaby está aquí para ayudar. Llámenos al 866-626-6847, envíe un mensaje de texto o charle con uno de nuestros especialistas en información hoy.

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, 25 de junio de 2024.

Controlar la Ansiedad Materna durante el Embarazo

Es posible que haya escuchado que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recomendaron recientemente una nueva vacuna para su uso en el tercer trimestre del embarazo. Conocida como Abrysvo™, la vacuna ayuda a proteger a los recién nacidos contra los casos graves del virus respiratorio sincitial (VRS). El VRS es la principal causa de hospitalización infantil en los Estados Unidos, con entre 58 mil y 80 mil hospitalizaciones que ocurren cada año entre niños menores de 5 años. Aún más preocupante es que entre 100 y 300 niños menores de 5 años mueren de VRS cada año. Tomando en cuenta estas estadísticas, esta nueva vacuna contra el VRS es una noticia emocionante para los bebés y sus familias.

Eva, embarazada de 24 semanas en su primer embarazo, se comunicó con MotherToBaby una mañana a través del servicio de chat en vivo con algunas preguntas sobre la nueva vacuna contra el VRS. En primer lugar, quería entender cómo vacunar a una mujer embarazada podría proporcionarle protección a un bebé. Como especialista en información de teratología, me alegró responder a esta pregunta para Eva. Comencé explicando que cuando una mujer se vacuna, su cuerpo produce anticuerpos. Estos anticuerpos protegen al cuerpo contra la infección si la persona se expone al virus o a la bacteria más adelante en la vida. Durante el embarazo, los anticuerpos que produce la persona después de vacunarse pueden atravesar la placenta y pasar al bebé en desarrollo, proporcionando al recién nacido cierta protección contra la infección durante los primeros meses de vida.

Seguí explicando que, aunque la vacuna contra el VRS es nueva, la idea de recibir una vacuna durante el embarazo para proteger al bebé (llamada «inmunidad pasiva») ha existido durante algún tiempo. La vacuna Tdap, que protege contra el tétanos, la difteria y la tos ferina, se ha recomendado para su uso durante el embarazo desde 2011. La tos ferina es otra infección que puede ser muy grave para los recién nacidos, por lo que lo ideal es contar con protección desde el nacimiento como resultado de la vacunación materna. Las vacunas contra la gripe y el COVID-19 también pueden transmitir anticuerpos al bebé en desarrollo durante el embarazo. Esta es una gran noticia, ya que los recién nacidos no pueden recibir sus propias vacunas contra la gripe o el COVID-19 hasta los 6 meses de edad y, mientras tanto, pueden contar con la inmunidad pasiva.

Entonces, Eva tenía una pregunta sobre cuándo debería recibir la vacuna contra el VRS. Tenía planes de vacunarse contra la gripe y recibir la vacuna Tdap en su próxima visita prenatal a las 28 semanas. Quería saber si podía recibir la vacuna contra el VRS al mismo tiempo. Aunque estas tres vacunas (junto con la vacuna actualizada contra el COVID-19) se pueden administrar el mismo día, la vacuna contra el VRS debe administrarse durante un período de tiempo específico para transmitir la mayor cantidad posible de anticuerpos al bebé. Los expertos recomiendan que la vacuna contra el VRS se administre entre las semanas 32 y 36 de embarazo. Esto da tiempo suficiente para que los anticuerpos contra el VRS pasen al bebé antes del parto.

Pensando en esta recomendación, Eva decidió que su cita prenatal a las 32 semanas sería el momento perfecto para recibir la vacuna contra el VRS. Había visto de primera mano lo grave que puede ser el VRS cuando su sobrina de un mes fue hospitalizada con VRS el invierno pasado, por lo que no quería correr ningún riesgo al olvidarse de recibir la vacuna contra el VRS durante su embarazo.

Antes de terminar el chat, le mencioné a Eva que también hay una inyección llamada nirsevimab (Beyfortus™) que se puede administrar directamente a bebés menores de 8 meses de edad. También conocida como anticuerpo monoclonal, esta inyección es otra forma de proteger a los bebés contra la enfermedad grave por VRS. La mayoría de los bebés no necesitan nirsevimab si su madre recibió la vacuna contra el VRS durante el embarazo. Le sugerí a Eva que hablara con su proveedor de atención de salud sobre los pros y los contras de ambas opciones.

Aunque acordarse de recibir otra vacuna puede parecer una cosa más que agregar a la larga lista de quehaceres en el embarazo, la decisión de vacunarse puede prevenir complicaciones graves del VRS y, posiblemente, incluso salvar la vida del bebé. Aquí en MotherToBaby nos complace repasar las recomendaciones actuales para las vacunas en el embarazo y responder cualquier pregunta que pueda tener. No dude en llamar, chatear, enviar mensajes de texto o enviar correos electrónicos con cualquier pregunta sobre la vacuna contra el VRS u otras exposiciones durante el embarazo. También puede consultar nuestra hoja informativa sobre esta vacuna aquí: https://mothertobaby.org/es/hojas-informativas/vacuna-contra-el-virus-sincitial-respiratorio-vsr-abrysvo/.

Referencias:

Centers for Disease Control and Prevention. 2023. RSV Vaccination for Pregnant People. Available at: https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/rsv/public/pregnancy.html

Centers for Disease Control and Prevention. 2023. RSV Surveillance & Research. Available at: https://www.cdc.gov/rsv/research/index.html

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org .

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, 25 de junio de 2024.

Controlar la Ansiedad Materna durante 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

¿Preguntas? Llame al 866.626.6847 | Texto 855.999.3525 | Correo electrónico o chat en MotherToBaby.org .

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, 25 de junio de 2024.