

# PSICOFÁRMACOS EN EMBARAZO Y LACTANCIA

## Actualización 2026

Jorge M Tamayo, M.D., B.Sc.(Pharm.)  
Universidad CES, Medellín, Colombia



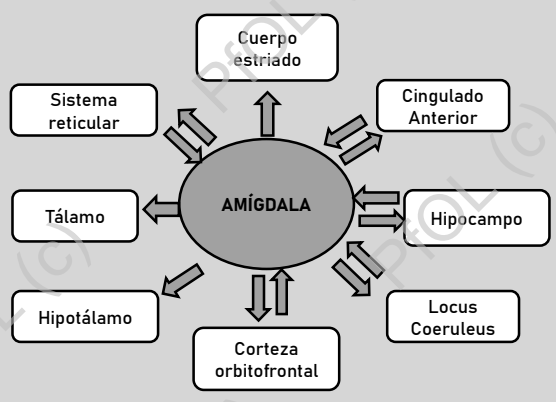
1

### Especialización del Cerebro Materno

EMBARAZO	PUERPERIO
----------	-----------

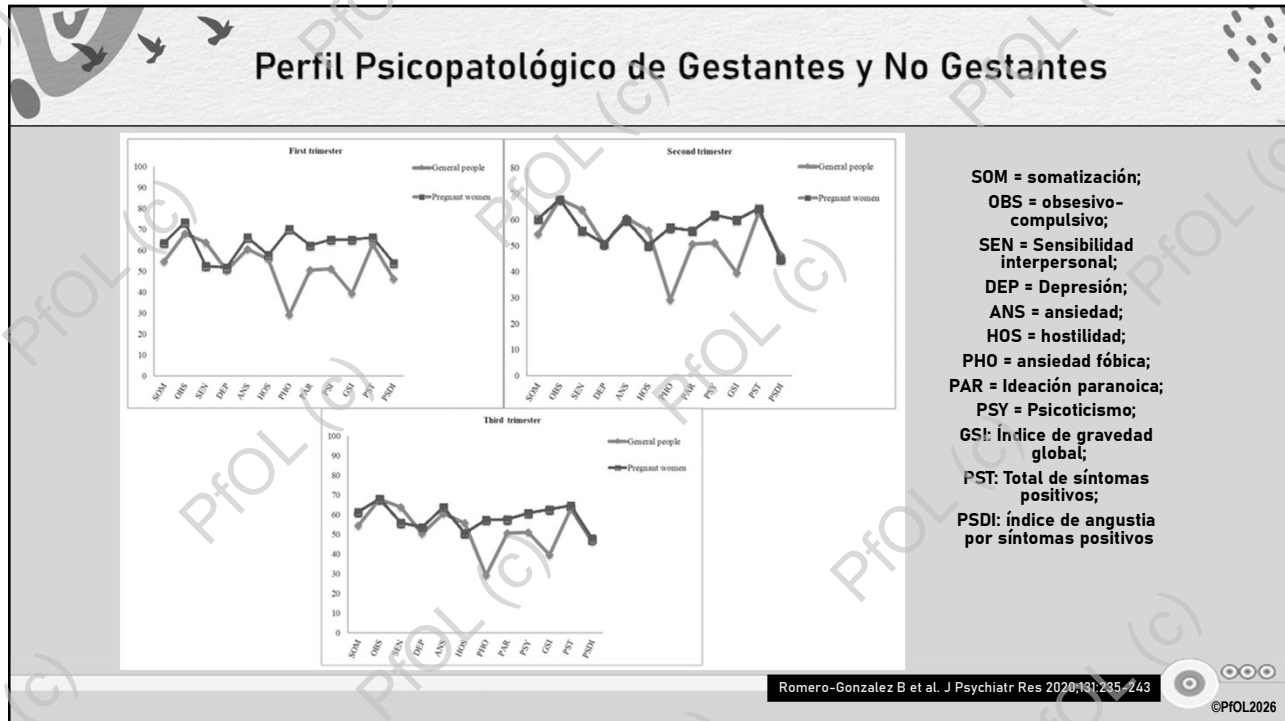
**VULNERABILIDAD NEUROBIOLÓGICA**

- Cambios marcados en la regulación emocional, retroalimentación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y cambios hormonales
- Caída en estrógenos y progesterona postparto produce mayor inestabilidad anímica y aumento de actividad amigdalina (síntomas ansioso-depresivos, menos supresión del estrés y mayores respuestas al miedo)



Grant AD. Compr Psychoneuroendocrinol 2022;11:100138; Amara LDG. Biol Psychiatry 2002;51(1):11-743 ©PFOL2026

2



3



4

## Riesgos Farmacológicos Durante el Embarazo (Ontogenia)

Human	Neurodevelopmental events
34W-36M	CTX Aff Synaptogenesis (local tuning) Biochemical differentiation
24-28W	CP Aff Establishment of topography Cell death
22-34W	CP SP Aggregation Appearance of transient projections
8-15W	Aff Aggregation
SW	MZ PZ Migration Proliferation Cell death

- **1er Trimestre - Riesgo morfológico**
  - <2 semanas: sin riesgo
  - 1-5 semanas: desarrollo del tubo neural
  - 3-8 semanas: estructura cardíaca
  - 6-9 semanas: labio y paladar
- **2º y 3er Trimestre**
  - Riesgos funcionales/comportamentales
  - Efectos neonatales (toxicidad/abstinencia)
  - Parto prematuro

Thompson BL et al. Nat Rev Neurosci. 2009;10:303-312 ©PFOL2026

5

## Cambios Farmacocinéticos en el Embarazo

- **Aumento estrógenos** ➤ Aumento eje renina-angiotensina-aldosterona ➤ Aumento volemia
- **Aumento depósitos grasos** ➤ Aumento volumen de distribución para compuestos lipofílicos
- **Aumento flujo sanguíneo renal** ➤ "up-regulation" de transportadores renales y mayor tasa de filtración glomerular Mayor aclaramiento renal
- **Reducción de albúmina (70-80%) y alfa-1-glicoproteínas (52%)** ➤ Aumento fracción libre de psicofármacos
- **Lentitud vaciamiento gástrico y reducción motilidad intestinal** ➤ Alteraciones en la absorción
- **Cambios en el metabolismo hepático**

Pinheiro EA. Semin Perinatol 2020;44(3):151221 ©PFOL2026

6

### Ajuste de Dosificaciones de Estabilizadores del Ánimo en el Embarazo

Estabilizador del Ánimo	Vías Metabólicas	Cambio de Concentración en el Embarazo	Recomendaciones
Aripiprazol	CYP2D6, CYP3A4	Disminución (52% a 76%)	↑ dosis durante el 3er trimestre y retornar a previas en 2 semanas posparto
Clozapina	CYP1A2, CYP2C19, CYP3A4	Estable	---
Olanzapina	UGT1A4, CYP1A2, CYP2D6	Estable	---
Quetiapina	CYP3A4, CYP2D6	Disminución (76%)	↑ dosis durante el 3er trimestre y retornar a previas en 2 semanas posparto
Risperidona	CYP2D6, CYP3A4	Disminución	?
Litio	↑ TFG un 50% desde la semana 14 de gestación	Disminución de un 34% durante el 3er trimestre	Aumentar dosis (>0.6 mmol/L). Suspender al inicio del trabajo de parto o 24 a 48 h antes de inducción o cesárea. Reiniciar tras parto
Lamotrigina	UGT1A4 y UGT2B7	Disminución dramática	¿Aumentar dosis en 3er trimestre? (max. 500 mg/día). Reducir en un 25% después del parto y luego gradualmente hasta dosis previa dentro de 2 semanas

Clark CT. Semin Perinatol 2020;44:151230; Adhyantani I et al. Arch Womens Ment Health 2026;29(16) ©PFOL2026

7

### Rol de la Placenta en Transporte/Metabolismo de Psicofármacos

**Transportadores Placentarios:**

- Sustancias pequeñas (menor a 500 Da) difunden libremente
- Transportadores de influjo y de eflujo que a veces funcionan activamente, lo que hace que la distribución en el compartimento fetal sea mayor a la del compartimento materno
- ISRS tienen relación fetal a materna < 1 (placenta previene activamente que ingresen a circulación fetal)

Pinheiro EA. Semin Perinatol 2020;44(3):151221; Rubinchik-Stern M. Front Pharmacol 2012;3:126 ©PFOL2026

8

### Efecto de los Trastornos Psiquiátricos y las Exposiciones Prenatales a Psicotrópicos sobre Complicaciones Obstétricas

	Antipsychotics				Antidepressants				Anticonvulsants				Benzodiazepine			
	Odds ratio	CI	P	FDR-P	Odds ratio	CI	P	FDR-P	Odds ratio	CI	P	FDR-P	Odds ratio	CI	P	FDR-P
Maternal complications	1.21	0.87-1.66	0.26	0.64	1.07	0.81-1.43	0.65	0.85	1.08	0.71-1.65	0.47	0.77	0.71	0.43-1.11	0.17	0.48
Emergency Caesarean section	0.95	0.80-1.12	0.81		0.94	0.86-1.02	0.32		1.31	1.11-1.53	<b>0.02**</b>		1.22	0.99-1.51	0.41	
Neonatal complications																
Admitted to NICU for at least 24 h	1.30	1.12-1.51	<b>0.01**</b>		1.47	1.36-1.59	<b>3 × 10<sup>-21**</sup></b>		1.68	1.45-1.95	<b>5 × 10<sup>-10**</sup></b>		1.06	0.88-1.28	0.83	
Low birth weight	1.09	0.87-1.35	0.81		1.11	0.99-1.24	0.27		1.35	1.08-1.66	<b>0.04**</b>		1.03	0.78-1.36	0.95	
Admitted to NICU for at least 24 h	1.30	1.12-1.51	<b>0.01**</b>		1.47	1.36-1.59	<b>3 × 10<sup>-21**</sup></b>		1.68	1.45-1.95	<b>5 × 10<sup>-10**</sup></b>		1.06	0.88-1.28	0.83	
Low birth weight	1.09	0.87-1.35	0.47	0.81	1.11	0.99-1.24	0.08	0.27	1.35	1.08-1.66	0.008**	0.04**	1.03	0.78-1.36	0.83	0.95
Preterm birth	1.06	0.84-1.32	0.63	0.81	1.07	0.95-1.20	0.26	0.33	1.20	0.95-1.49	0.12	0.36	1.13	0.86-1.48	0.38	0.71
Neonatal major infections <sup>a</sup>	0.99	0.61-1.61	0.95	0.87	1.18	0.88-1.58	0.26	0.48	1.23	0.88-1.72	0.26	0.48	1.46	0.86-2.47	0.14	0.44

	Schizophrenia			Depression			Bipolar disorder					
	Odds ratio	CI	FDR-P	Odds ratio	CI	FDR-P	Odds ratio	CI	FDR-P			
Maternal complications												
Emergency Caesarean section	1.43	1.23-1.66	<b>3 × 10<sup>-5**</sup></b>	1.13	1.05-1.22	<b>0.008**</b>	1.17	0.92-1.49	0.60			
Gestational diabetes	1.25	1.06-1.47	<b>0.02**</b>	1.11	1.02-1.21	<b>0.03**</b>	1.38	1.06-1.78	0.30			
Pre-eclampsia	1.55	1.08-2.19	<b>0.04**</b>	1.26	1.03-1.52	<b>0.050**</b>	0.97	0.51-1.71	0.93			
Threatened preterm labour	1.60	1.25-2.03	<b>0.008**</b>	1.10	0.96-1.26	0.27	0.89	0.56-1.34	0.93			
Neonatal complications												
Admitted to NICU for at least 24 h	1.68	1.46-1.92	<b>5 × 10<sup>-12**</sup></b>	1.13	1.05-1.22	<b>0.008**</b>	0.94	0.74-1.19	0.93			
Low birth weight	1.33	1.09-1.62	<b>0.02**</b>	1.18	1.07-1.31	<b>0.008**</b>	0.92	0.65-1.27	0.93			
Preterm birth	1.55	1.27-1.88	<b>0.0001**</b>	1.21	1.09-1.34	<b>0.008**</b>	1.06	0.76-1.45	0.93			
Admitted to NICU for at least 24 h	1.68	1.46-1.92	<b>5 × 10<sup>-12**</sup></b>	1.13	1.05-1.22	<b>0.008**</b>	0.94	0.74-1.19	0.93			
Low birth weight	1.33	1.09-1.62	0.005	<b>0.02**</b>	1.18	1.07-1.31	0.002	<b>0.008**</b>	0.92	0.65-1.27	0.62	0.93
Preterm birth	1.55	1.27-1.88	<b>2 × 10<sup>-5**</sup></b>	<b>0.0001**</b>	1.21	1.09-1.34	0.0006	<b>0.008**</b>	1.06	0.76-1.45	0.73	0.93
Neonatal major infections <sup>a</sup>	1.29	0.77-2.09	0.33	0.50	1.23	0.93-1.60	0.14	0.26	1.37	0.63-2.69	0.41	0.88

**NICU = neonatal intensive care unit;**  
**FDR-P = false discovery rate-adjusted P-value.**  
**\*\*FDR-P < 0.05. Resultados significativos después de la corrección de FDR se muestran en negrilla**

Leung PBM, et al. Br J Psychiatry 2025; Epub ahead of print ©PFOL2026

9

### Impacto de la Depresión y Ansiedad Prenatal en la Progenie

- Prevalencia de depresión prenatal: **34% vs. 22.7%** (bajos vs. medianos ingresos)<sup>1</sup>
- Adelgazamiento cortical (corteza prefrontal) ( $\beta = -0,46$ ;  $p < 0.05$ )<sup>2</sup>
- Prematuridad (RR-MDD [MA] = **2.41**; **1.47-3.56**)<sup>1</sup>;  
RR-GAD [MA] = **1.50**; **1.33-1.70**)<sup>3</sup> [**30.6%**; **36.56 semanas**]<sup>4</sup>
- Bajo peso al nacer en países de bajos y medianos ingresos (RR [MA] = **1.66**; **1.06-2.61**)<sup>1</sup>

©PFOL2026

1. Fekadu Dadi A et al. PLoS One 2020;15(1):e0227323; 2. Sandman CA et al. Biol Psychiatry 2015;77:324-34; 3. Ding X-X et al. J Affect Disord 2014; 159: 103-110; 4. Uguz F et al. J Affect Disord 2019;259:382-385

10

## Impacto de la Depresión y Ansiedad Prenatal en la Progenie (2)

- **Pobre respuesta a la estimulación en el neonato<sup>1</sup>**
- **Sueño desorganizado en el neonato<sup>1</sup>**
- **Dificultades temperamentales, comportamentales, emocionales y atencionales en la niñez y adolescencia<sup>1</sup>**
- **Trastornos psiquiátricos en la adultez<sup>1</sup>**
- **Inicio tardío de la lactancia (OR = 0.68; 0.61 - 0.76)<sup>2</sup>**

1. Field T. Infant Behav Dev 2011;34:1-14; 2. Grigoriadis S et al. J Clin Psychiatry 2013;74:e321-g341

©PFOL2026

11

## Trastornos de Ansiedad y Depresión en Hijos de Madres con Trastornos Depresivos Perinatales

Risk Ratio	Relative Risk (RR)	95% CI	Disorder Type
RR1	1.56	~1.2 - 1.9	Offspring anxiety disorders
RR2	2.36	~1.8 - 3.0	Offspring anxiety disorders
RR3	3.37	~2.2 - 7.5	Offspring anxiety disorders
RR4	2.1	~1.5 - 2.8	Offspring depressive disorders
RR5	2.56	~1.8 - 3.5	Offspring depressive disorders
RR6	3.37	~2.2 - 7.5	Offspring depressive disorders

Disorder Type

- Offspring anxiety disorders
- Offspring depressive disorders

RR1: El riesgo de trastornos depresivos en hijos de madres con trastornos depresivos perinatales.

RR2: El riesgo de trastornos depresivos en hijos de madres con trastornos depresivos y de ansiedad perinatales comórbidos.

RR3: El riesgo de trastorno depresivo y de ansiedad comórbido en la descendencia de madres con trastornos depresivos y de ansiedad perinatales comórbidos.

RR4: El riesgo de trastornos de ansiedad en hijos de madres con trastornos depresivos perinatales.

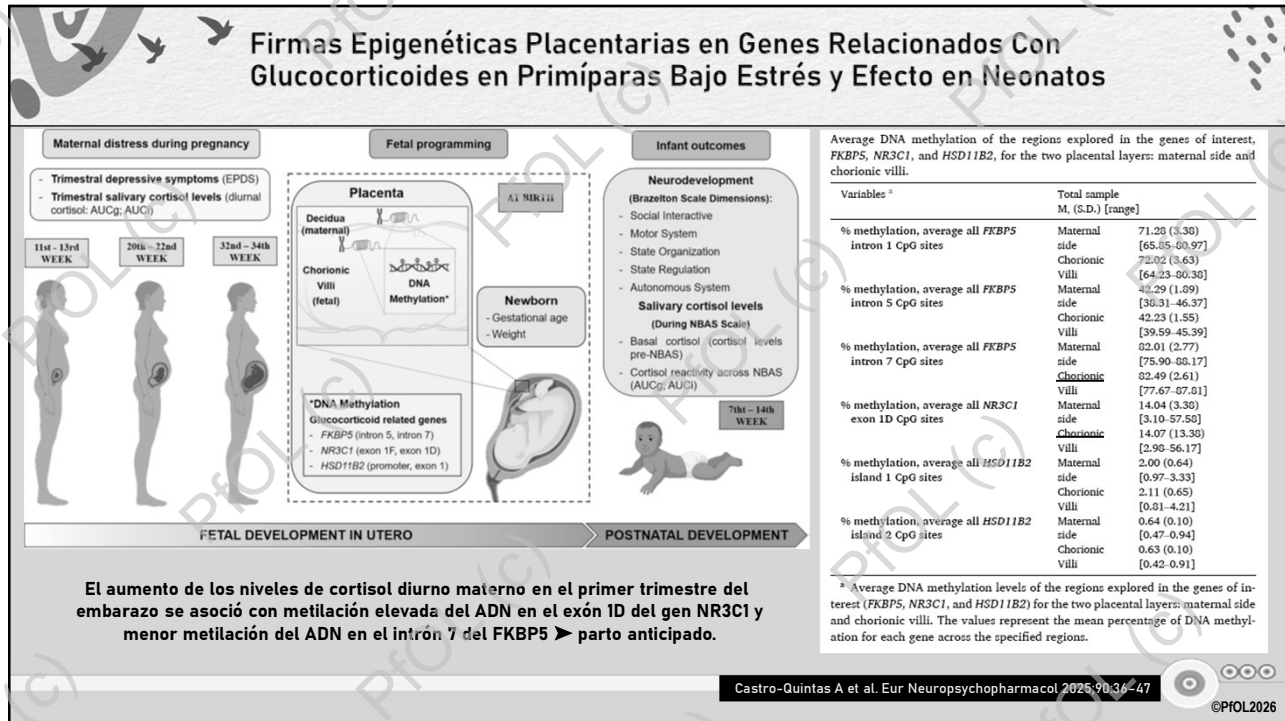
RR5: El riesgo de trastornos de ansiedad en hijos de madres con trastornos depresivos y de ansiedad perinatales comórbidos.

RR6: El riesgo de ansiedad y trastorno depresivo comórbidos en hijos de madres con trastornos depresivos y de ansiedad perinatales comórbidos.

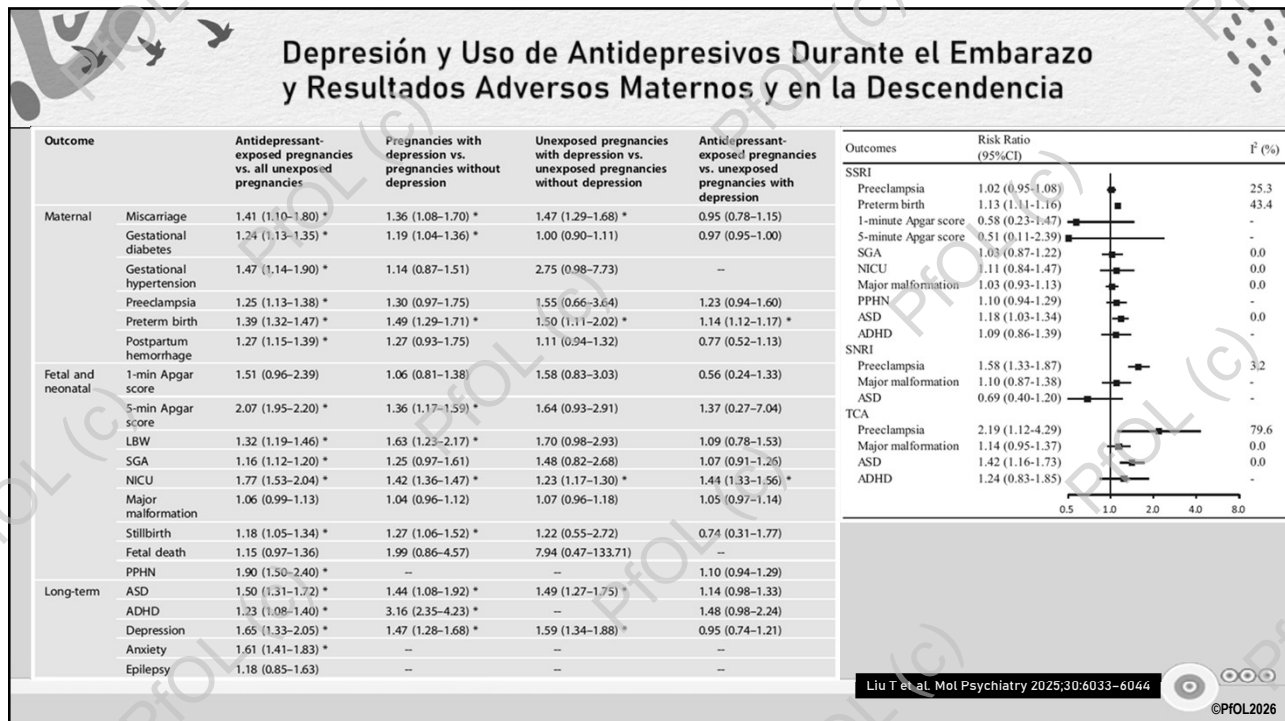
Tusa BS et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2025;34:4117-4129

©PFOL2026

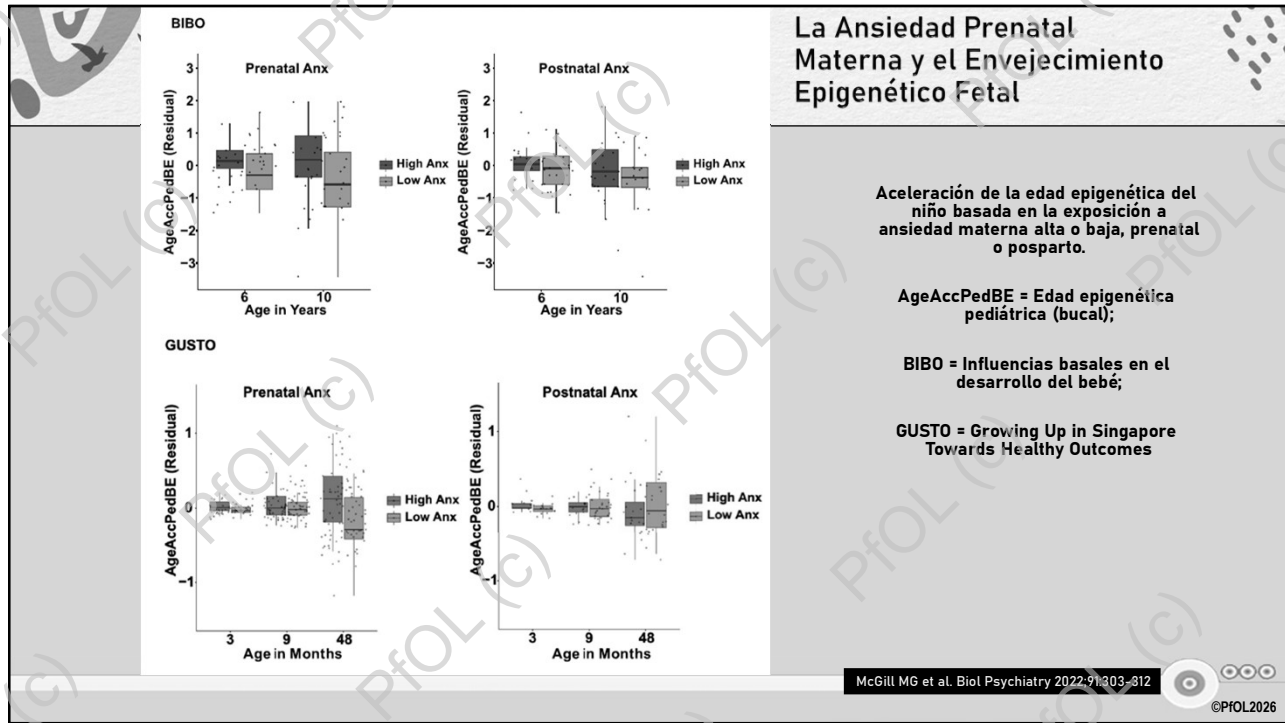
12



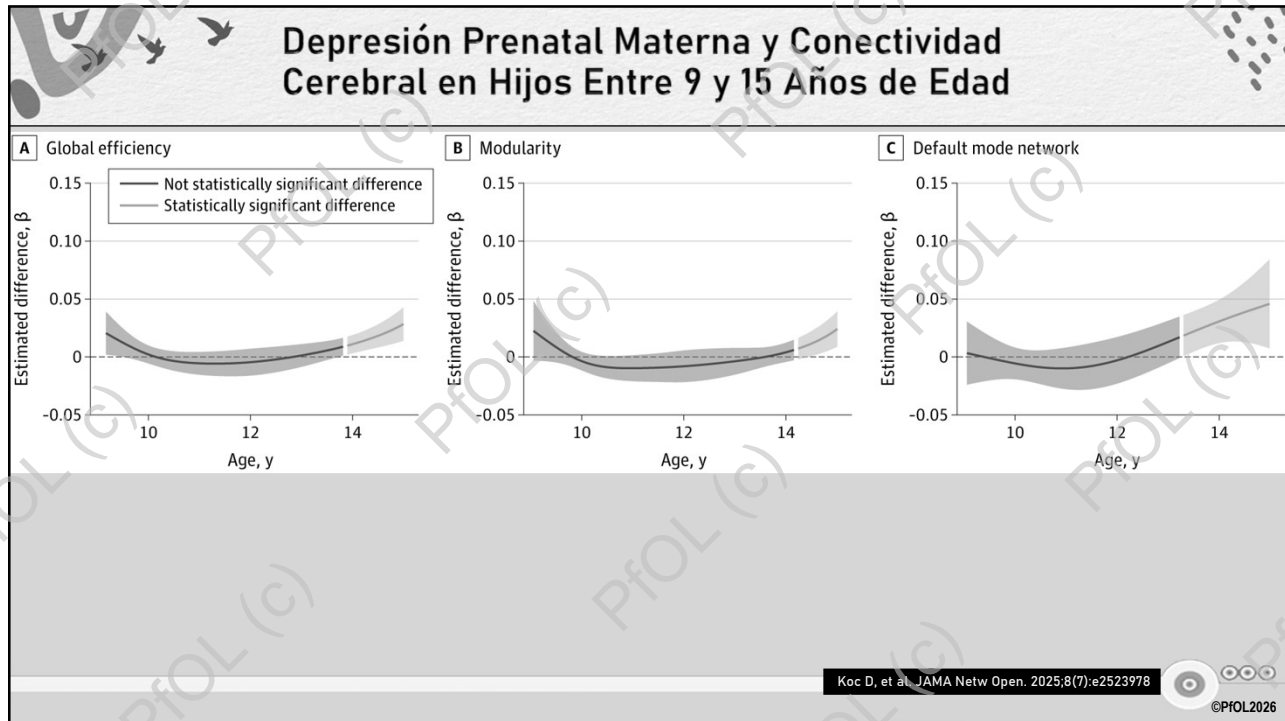
13



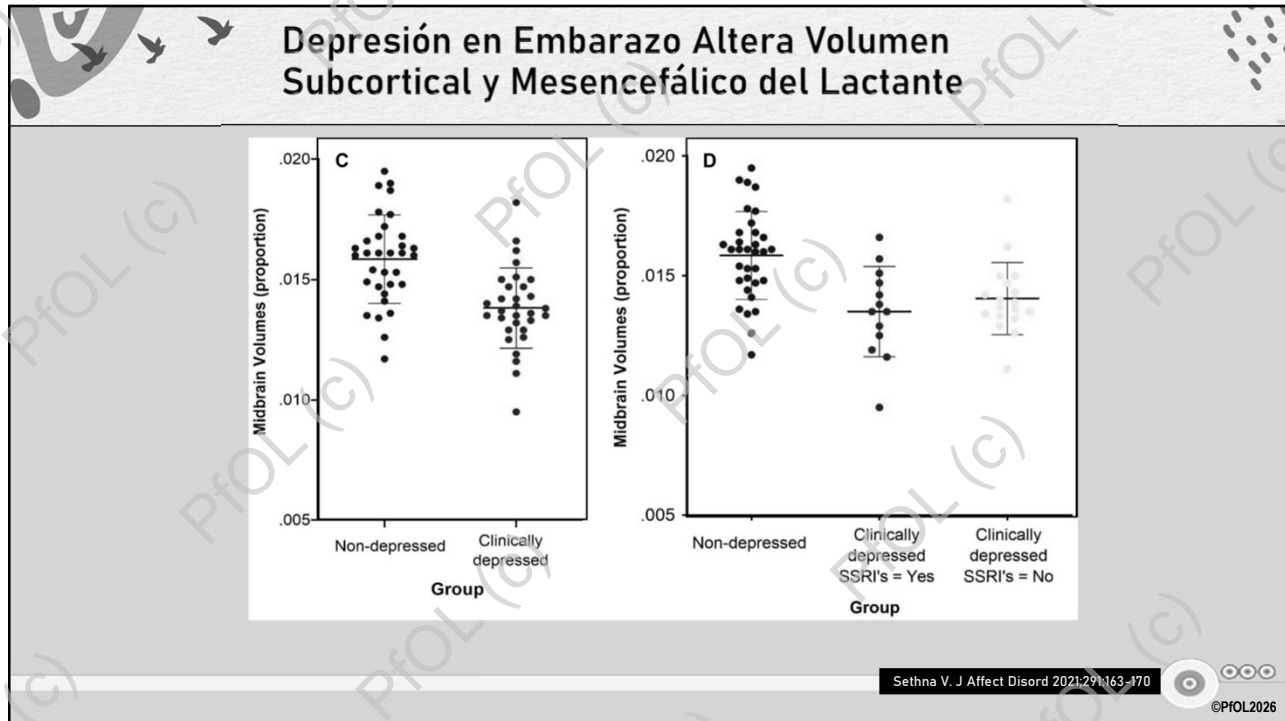
14



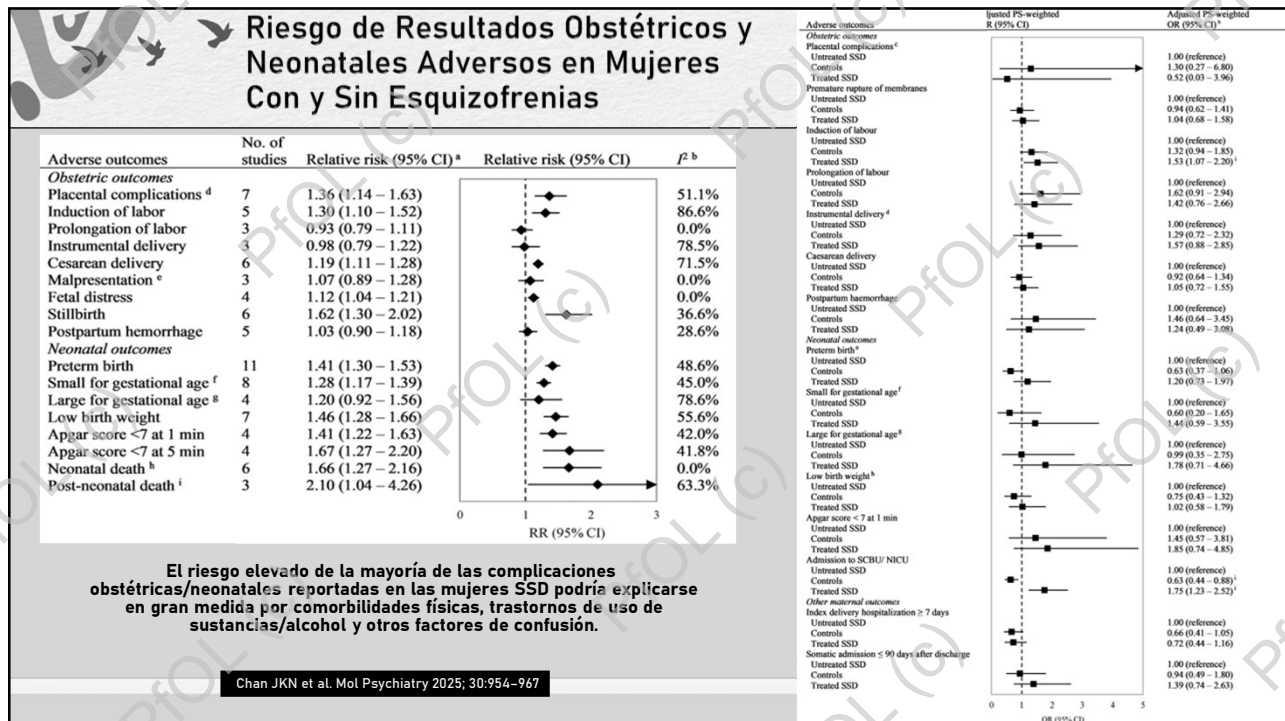
15



16



17



18

## Uso Materno de Cannabis Durante el Embarazo

Table 1.

### Adverse Maternal Outcomes Associated With Gestational Exposure to Cannabis<sup>a</sup>

1. Any gestational hypertension (20.3% vs 14.3%; RR, 1.17; 95% CI, 1.13–1.21) and preeclampsia (6.4% vs 4.6%; RR, 1.08; 95% CI, 1.01–1.15) but not eclampsia (0.2% vs 0.1%; RR, 1.17; 95% CI, 0.80–1.71) were more common in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies. Greater frequency of cannabis use was associated with a higher risk of gestational hypertension.
2. Gestational weight gain less than guidelines (14.2% vs 16.1%; RR, 1.05; 95% CI, 1.01–1.08) and greater than guidelines (68.6% vs 58.8%; RR, 1.09; 95% CI, 1.08–1.10) were both more common in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies.
3. The incidence of gestational diabetes (7.7% vs 11.9%; RR, 0.89; 95% CI, 0.85–0.94) was significantly lower in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies.
4. The incidence of placental abruption (1.4% vs 1.3%; RR, 1.19; 95% CI, 1.05–1.36) but not placenta previa (0.8% vs 1.1%; RR, 1.02; 95% CI, 0.87–1.20) or placenta accreta (0.2% vs 0.2%; RR, 1.34; 95% CI, 0.92–1.95) was more common in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies.
5. Severe maternal morbidity (3.6% vs 3.2%; RR, 0.97; 95% CI, 0.89–1.05) did not differ significantly between cannabis-exposed and unexposed pregnancies.
6. The results were consistent in sensitivity analyses, including in analyses limited to women who did not use other substances during pregnancy.

<sup>a</sup>The results presented are fully adjusted risk ratios in pregnancies exposed to cannabis (n = 20,053) vs unexposed to cannabis (n = 296,669), obtained from the retrospective cohort study by Young-Wolff et al.<sup>28</sup>

<sup>b</sup>The percentages presented are those stated by the authors of the study.<sup>28</sup> The percentages presented are probably wrong because the risk shown is lower for cannabis-exposed pregnancies. The presence of a suppressor variable is unlikely because the risk ratio presented indicated a significantly increased risk even in the unadjusted analysis.

Abbreviations: CI = confidence interval, RR = risk ratio.

**El consumo de cannabis durante el embarazo se asocia con riesgos que surgen de los efectos del cannabis sobre los receptores de cannabinoides en la placenta y en los receptores del cerebro fetal en desarrollo.**

Andrade C. J Clin Psychiatry 2024;85(4):24f15611

©PFOL2026

19

## Uso Materno de Cannabis Durante el Embarazo

Table 2.

### Adverse Neonatal Outcomes Associated With Gestational Exposure to Cannabis<sup>a</sup>

1. The incidence of low birth weight (6.6% vs 4.8%; OR, 1.20; 95% CI, 1.12–1.28) was significantly higher in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies. Greater frequency of cannabis use was associated with higher risk.
2. The incidence of small for gestational age (11.7% vs 9.2%; OR, 1.24; 95% CI, 1.18–1.30) was significantly higher in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies. Greater frequency of cannabis use was associated with higher risk.
3. The incidence of preterm birth (<37 wk) (7.9% vs 6.6%; OR, 1.06; 95% CI, 1.00–1.13) and early to moderate preterm birth (<34 wk) (2.1% vs 1.5%; OR, 1.11; 95% CI, 1.00–1.23) were both higher in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies.
4. The incidence of neonatal intensive care unit admission (12.3% vs 9.5%; OR, 1.06; 95% CI, 1.01–1.11) but not the need for respiratory support (2.7% vs 2.1%; OR, 1.07; 95% CI, 0.97–1.18) was significantly higher in cannabis-exposed than in unexposed pregnancies.
5. The findings were consistent in sensitivity analyses that examined outcomes in cannabis-exposed pregnancies that were not exposed to other substances.

<sup>a</sup>The results presented are fully adjusted odds ratios in pregnancies exposed to cannabis (n = 22,624) vs unexposed to cannabis (n = 342,300), obtained from the retrospective cohort study by Avalos et al.<sup>29</sup>

Abbreviations: CI = confidence interval, RR = risk ratio.

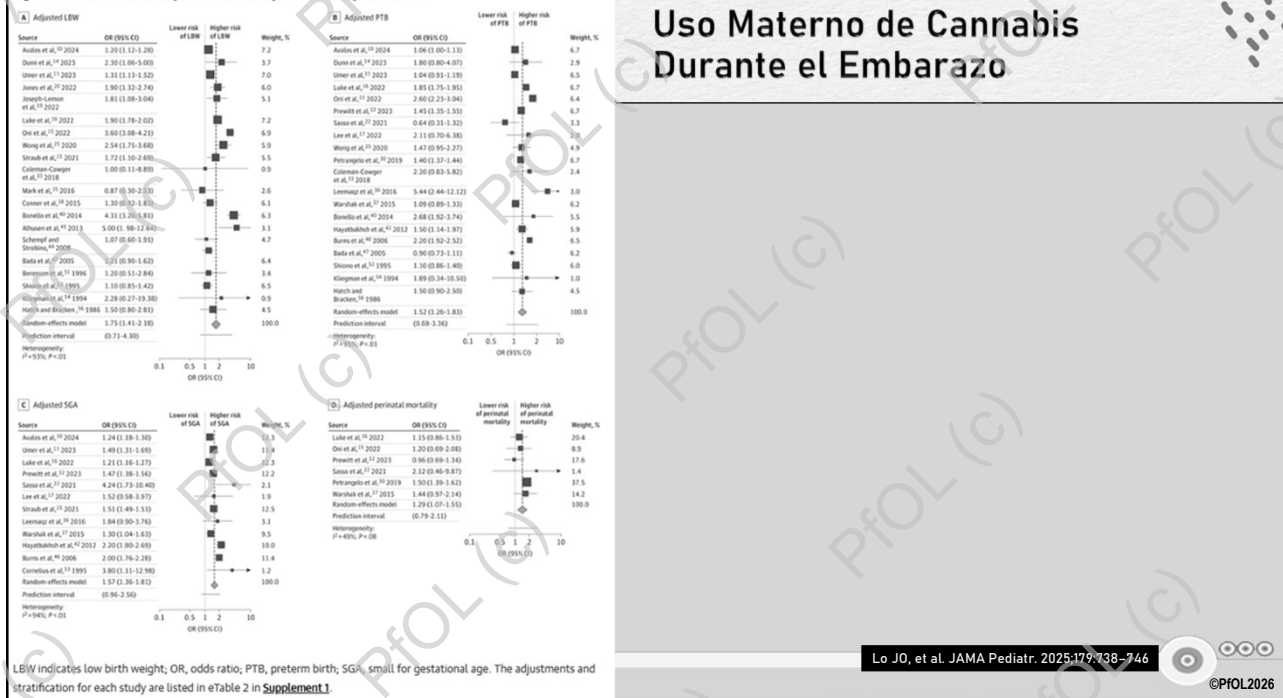
**El consumo de cannabis durante el embarazo se asocia con riesgos que surgen de los efectos del cannabis sobre los receptores de cannabinoides en la placenta y en los receptores del cerebro fetal en desarrollo.**

Andrade C. J Clin Psychiatry 2024;85(4):24f15611

©PFOL2026

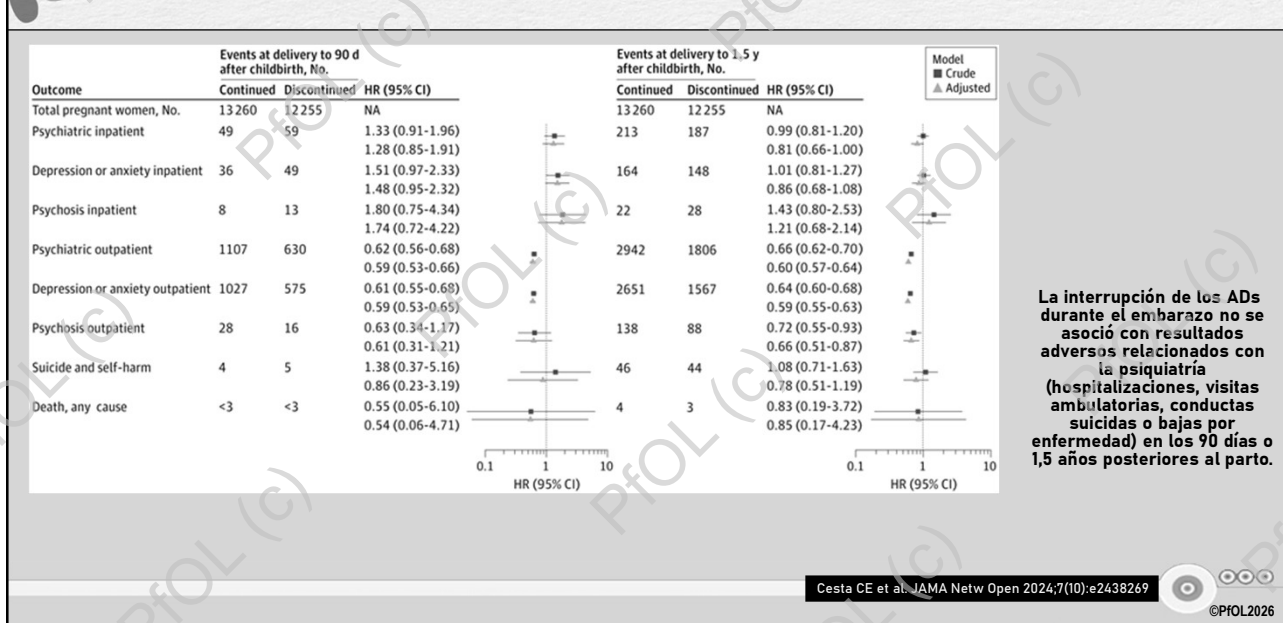
20

Figure 2. Forest Plots for Adjusted Meta-Analyses of Primary Outcomes

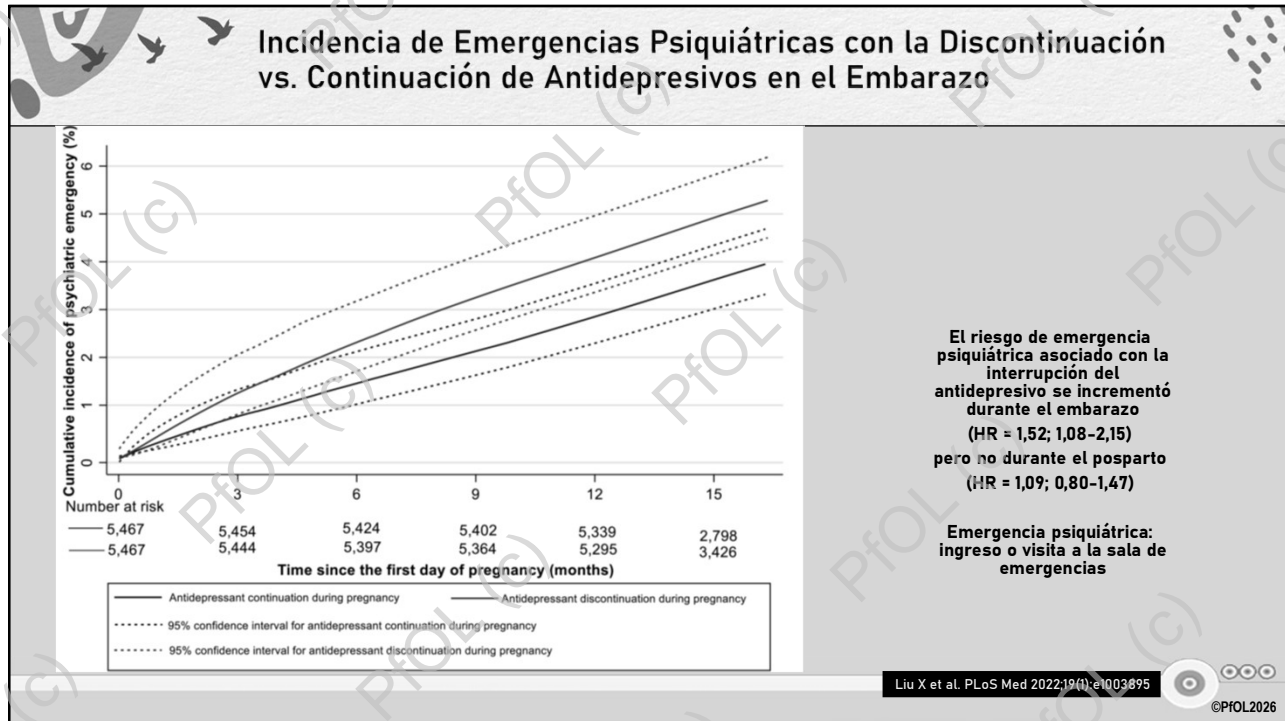


21

## Resultados Psiquiátricos Posparto e Incapacidades Después de Suspender Los ISRS o IRSN Durante el Embarazo



22



23

### Trastorno Bipolar en Maternas Con o Sin Uso de Eutimizantes

	No mood stabilizer (N = 139) mean ± SD/N(%)	Any mood stabilizer (N = 59) mean ± SD/N (%)	p-value
Gestational age at delivery (weeks)	37.47 (SD ± 3.04)	38.13 (SD ± 2.98)	0.161
Preterm delivery	42 (30.3%)	8 (13.6%)	0.048*
Birth weight (kg)	2.83 (SD ± 0.75)	3.06 (SD ± 0.57)	0.045*
Length (in)	19.13 (SD ± 1.87)	19.46 (SD ± 1.20)	0.205
Head circumference (cm)	12.97 (SD ± 1.36)	13.28 (SD ± 0.85)	0.113
C-section delivery	47 (33.8%)	20 (33.9%)	0.999
NICU admission	38 (27.3%)	15 (25.4%)	0.863
APGAR 1 min (median, IQR)	8, (6-8)	8, (8, 9)	0.821
APGAR 5 min (median, IQR)	9, (8, 9)	9, (9)	0.716

Abbreviation: NICU, neonatal intensive care unit.  
\*p < 0.05.

Kernizan N et al. Bipolar Disord 2024;26:779-784 ©PfOL2026

24

### Trastorno Bipolar en Maternas Con vs. Sin Uso de Eutimizantes

	Lurasidone monotherapy (N=25) Mean ± SD/N (%)	Lamotrigine monotherapy (N=13) Mean ± SD/N (%)	Other atypical antipsychotic <sup>a</sup> (N=21) Mean ± SD/N (%)	p-value
Gestational age at delivery (weeks)	38.16 (SD ± 2.59)	38.51 (SD ± 1.39)	37.86 (SD ± 4.03)	0.752
Preterm delivery	4 (16.0%)	2 (15.4%)	3 (14.3%)	0.999
Birth weight (kg)	3.00 (SD ± 0.71)	3.04 (SD ± 0.43)	3.14 (SD ± 0.45)	0.659
Length (in)	19.42 (SD ± 1.45)	19.61 (SD ± 0.43)	19.42 (SD ± 0.95)	0.429
Head circumference (cm)	13.20 (SD ± 0.96)	13.07 (SD ± 0.69)	13.52 (SD ± 0.79)	0.800
C-Section delivery	8 (32.0%)	4 (30.8%)	8 (38.1%)	0.469
NICU admission	6 (24.0%)	4 (30.8%)	5 (23.8%)	0.580
APGAR 1 min (median, IQR)	8 (8, 9)	8 (8)	8 (7-9)	0.500
APGAR 5 min (median, IQR)	9 (9)	9 (9)	9 (9)	0.999

Abbreviation: NICU, neonatal intensive care unit.  
<sup>a</sup>Other atypical antipsychotics include aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone.

Kernizan N et al. Bipolar Disord 2024;26:779-784 ©PFOL2026

25

### Riesgo de Malformaciones por Exposición a Antidepresivos en el 1er Trimestre

- **Malformaciones Mayores:**
  - ISRS (RR [MA] = 1.11; 1.03-1.19) vs (RR [♀ con dx. Psiquiátrico = 1.04; 0.95-1.13]<sup>1</sup>; Paroxetina (clase 3 OR [UR] = 1.24; 1.09-1.40)<sup>2</sup>; Duales (RR [MA] = 1.07; 0.94-1.22) vs (RR [♀ con dx. Psiquiátrico = 1.04; 0.9-1.2)<sup>3</sup>; mirtazapina (OR = 0.81; 0.55-1.20)<sup>4</sup>
- **Malformación Cardiovascular:**
  - ISRS (RR [MA] = 1.24; 1.11-1.37) vs (RR [♀ con dx. Psiquiátrico = 1.06; 0.90-1.26)<sup>1</sup>
  - Paroxetina (aOR = 1.78; 1.09-2.88)<sup>4</sup>, (OR = 2.4; 1.4-3.9)<sup>5</sup>, (aOR [MA] = 1.35; 1.23-1.62)<sup>6</sup>, (aOR = 1.35; 1.23-1.62)<sup>7</sup>, (clase 3 OR [UR] = 1.28; 1.11-1.47)<sup>2</sup>
  - Fluoxetina (aOR = 1.45; 1.15-1.84)<sup>7</sup> y Sertralina (OR = 1.36; 1.06-1.74; I<sup>2</sup> = 64.4%)<sup>8</sup>
  - Duales vs. ISRS (aRR [MA] = 1.1; 0.85-1.43) o ♀ con dx. Psiquiátrico (1.17; 0.95-1.42)<sup>2</sup>
  - Mirtazapina (OR = 1.06; 0.42-2.19)<sup>9</sup>

1. Gao SY et al. BMC Med 2018;16:205; 2. Fabiano N et al. Mol Psychiatry 2025;30:327-335; 3. Lou ZQ et al. Psychiatry Res. 2022 Oct;316:114756; 4. Ostenfeld A et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:557-567; 5. Ban L et al. BJOG 2014;121:1471-1481; 6. Reefhuis J et al. BMJ 2015;350:h3190; 7. Bérard A et al. Br J Clin Pharmacol 2016;81:589-604; 8. Furu K et al. BMJ 2015;350:h1798; 9. Wemakor A et al. Eur J Epidemiol 2015;30:1187-1198; 10. Ostenfeld A et al. Acta Psychiatr Scand 2024; Epub ahead of print

©PFOL2026

26

## Riesgo de Malformaciones por Exposición a Antidepresivos en el 1er Trimestre (2)

- **Malformaciones de los pies:**
  - Paroxetina (OR = 2.99; 1.44–6.21)<sup>7</sup>
  - Sertralina (3.05; 1.09–8.52)<sup>7</sup> y (aOR = 1.76; 1.10–1.71)<sup>6</sup>
  - Escitalopram (3.88; 1.19–12.69)<sup>5</sup>
- **Anencefalia, Gastosquisis y Omfalocelo:**  
Paroxetina (OR = 3.2 ; 1.6–6.2), (OR = 2.5; 1.2–4.3) y (OR = 3.5; 1.3–8.0), respectivamente<sup>4</sup>
- **Atresia Anal:**  
Sertralina (aOR = 2.47; 1.09–5.57)<sup>6</sup>

1. Gao SY et al. BMC Med 2018;16:205; 2. Ostensfeld A et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:557–567; 3. Ban L et al. BJOG 2014;121:1471–1481; 4. Reefhuis J et al. BMJ 2015;350:h3190; 5. Bérard A et al. Br J Clin Pharmacol 2014;81:589–604; 6. Furu K et al. BMJ 2015;350:h1798; 7. Wemakor A et al. Eur J Epidemiol 2015;30:1187–1198

©PFOL2026

27

## Riesgo de Malformaciones por Exposición a Otros Psicotrópicos en el 1er Trimestre

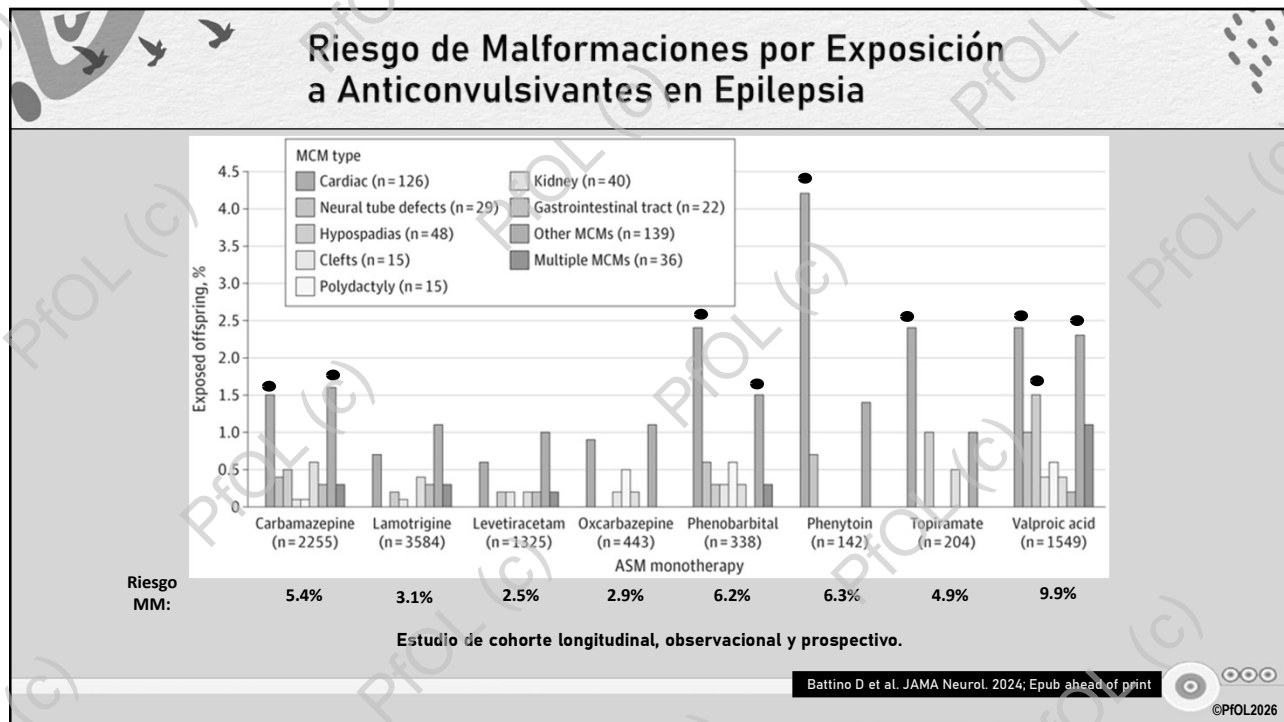
- **Malformaciones Mayores:**
  - BZDs solas (aRD = -0.41; -1.51 a 0.69)<sup>1</sup> vs. (aRR = 1.10; 0.79–1.54)<sup>2</sup>
  - BZDs + ISRS (aRD = 1.65; -0.49 a 3.79)<sup>1</sup> vs. (aRR = 1.17; 0.70–1.93)<sup>2</sup>
  - BZDs + ADs (OR = 1.10; 0.94–1.28)<sup>3</sup>
  - Hipnóticos Z (OR [MA] = 0.87; 0.56–1.36)<sup>4</sup> y (RR = 1.01; 0.95–1.08)<sup>5</sup>
  - Gabapentinoides (OR [MA] = 1.19; 0.96–1.46)<sup>6</sup>; Pregabalina (OR [MA] = 1.79; 0.80–3.99)<sup>7</sup>
  - Metilfenidato (PPR = 1.0; 0.3–2.5)<sup>8</sup>; Atomoxetina (aPR = 0.99; 0.74–1.34)<sup>9</sup>; Ambos (OR [MA] = 1.14; 0.83–1.55)<sup>10</sup>
  - Lamotrigina (OR [NMA] = 1.21; 0.86–1.64)<sup>11</sup>
  - Valproato (OR [MA] = 2.93; 2.36–3.69)<sup>12</sup> [RR (>1 g vs. ≤ 1 g) = 1.7; 1.1–2.9]<sup>13</sup>
  - Litio (OR [MA] = 1.81; 1.35–2.41)<sup>14</sup>; (aOR [MA] = 1.71; 1.07–2.72)<sup>15</sup> y (OR [NMA] = 1.61; 1.07–2.30)<sup>16</sup>

PPR = Point Prevalence Ratio

1. Oberlander TF et al. Birth Defects Research (Part B) 2008;83:68–76; 2. Reis M & Kallen B. BMJ Open 2013;3(2):e002166; 3. Chuang HM et al. Lancet Psychiatry 2024;S2215-0366(24)00176-7; 4. Grigoradis S et al. Acta Psychiatr Scand 2022;146:312–324; 5. Fung K et al. JAMA Psychiatry 2026;83:162–171; 6. Jin X-L et al. Eur J Clin Pharmacol 2022;78:1739–1747; 7. Atzenhofer M et al. Reprod Toxicol 2025;136:103958; 8. Ballantuno C et al. Gen Hosp Psychiatry 2013;35:3–8; 9. Bröms C et al. J Clin Psychiatry 2023; 84:22m14430; 10. di Giacomo E et al. JAMA Netw Open 2024;7(11):e2443648; 11. Wang E et al. CNS Drugs 025:39:1–22; 12. Veroniki AA et al. BMC Med 2017;15(1):95; 13. Mawhinney E et al. Seizure 2012;21:215–218; 14. Fornaro M et al. Am J Psychiatry 2020;177:76–92; 15. Munk-Olsen T et al. Lancet Psychiatry 2018;5:644–652; 16. Wang E et al. CNS Drugs 025:39:1–22

©PFOL2026

28



29

### Riesgo de Malformaciones por Exposición a Otros Psicotrópicos en el 1er Trimestre (2)

● **Malformaciones Mayores:**

- Antipsicóticos (OR = 1.27; 0.996–1.624, I<sup>2</sup>=53%); SGAs (1.16; 0.78–1.72); (sOR [MA] = 2.03; 1.41–2.93)<sup>2</sup>; (cOR [paladar hendido] = 2.5; 0.8–7.6)<sup>3</sup>
- Olanzapina (RR = 1.0; 0.7–1.4)<sup>4</sup>; (RR = 1.09; 0.85–1.41)<sup>5</sup> vs. (OR [NMA] = 1.33; 1.11–1.64)<sup>6</sup>
- Quetiapina (RR = 1.0; 0.6–1.7)<sup>4</sup> y (RR = 1.01; 0.88–1.17)<sup>5</sup> vs. (OR [NMA] = 1.19; 1.01–1.39)<sup>6</sup>
- Risperidona (RR = 1.5; 0.9–2.2)<sup>4</sup> y (RR = 1.26; 1.02–1.56)<sup>5</sup> vs. (OR [NMA] = 1.43; 1.18–1.77)<sup>6</sup>
- Aripiprazol (OR = 2.30; 0.32–16.7)<sup>7</sup> y (RR = 0.95; 0.76–1.19)<sup>5</sup> vs. (OR [NMA] = 1.30; 1.10–1.65)<sup>6</sup>
- Ziprasidona (OR [NMA] = 1.14; 0.73–1.72)<sup>6</sup>
- TRNicotina (aRR = 1.10; 0.98–1.22), vareniclina (0.90; 0.73–1.10), o bupropion (0.93; 0.67–1.29) vs. tabaquismo en primer trimestre<sup>8</sup>
- Buprenorfina vs. Metadona (RR = 0.82; 0.69–0.97)<sup>9</sup>

1. Quinn D et al. Arch Womens Ment Health 2026;29(1):12; 2. Khan SJ et al. Curr Psychiatry Rep 2016;18(13); 3. Anderson KN et al. Schizophr Res 2020;215:81–88; 4. Ennis ZN & Damkier P. Basic Clin Pharmacol Toxicol 2015;116:315–320; 5. Betcher HK et al. Curr Treat Options Psych 2019;6:17–31; 6. Wang E et al. CNS Drugs 2025;39:1–22; 7. Bellet F et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015;24:368–380; 8. Tran Dt et al. JAMA Intern Med. 2025. Epub ahead of print; 9. Suarez EA et al. JAMA Intern Med 2024;184:242–251

©PFOL2026

30

## Riesgo de Malformaciones por Exposición a Otros Psicotrópicos en el 1er Trimestre (3)

### ● Malformación Cardiovascular:

- ISRS solos (aRD = 0.21; -0.14 a 0.56)<sup>1</sup> vs. (aRR = 0.99; 0.82-1.21)<sup>2</sup>
  - BZDs sin ISRS (aRD = -0.13; -0.55 a 0.29)<sup>1</sup> vs. (aRR = 1.30; 0.75-2.24)<sup>2</sup>
  - BZDs + ISRS (aRD = 1.18; 0.18-2.18\*)<sup>1</sup> vs. (aRR = 1.14; 0.37-2.67)<sup>2</sup>
  - BZDs + ADs (OR = 1.01; 0.83-1.23)<sup>3</sup>
  - Metilfenidato (PPR = 1.9; 0.4-6.6)<sup>4</sup> vs. (OR = 1.32; 1.04-1.67)<sup>5</sup>;  
Atomoxetina (aPR = 1.34; 0.86-2.09)<sup>6</sup>
- Litio (OR [MA] = 1.86; 1.16-2.96) [ $<0,64$  mEq/L sin malformaciones cardíacas]<sup>7</sup> vs. (aOR [MA] = 1.54; 0.64-3.70)<sup>8</sup>

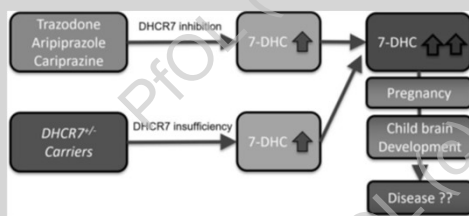
\*ISRS más usado: Paroxetina (vs. citalopram); BZD más usada: Lorazepam (vs. diazepam)  
PPR = Point Prevalence Ratio

1. Oberlander TF et al. Birth Defects Research (Part B) 2008;83:68-76; 2. Reis M & Kallen B. BMJ Open 2013;3(2):e002166; 3. Chuang HM, et al. Lancet Psychiatry 2024;S2215-0366(24)00176-7; 4. Pallantunbo C et al. Gen Hosp Psychiatry 2013;35:3-8; 5. Richardson JL et al. J Clin Psychiatry 2023;84(4):22br147555; 6. Broms G et al. J Clin Psychiatry 2023;84:22mi4430; 7. Fornaro M et al. Am J Psychiatry 2020;177:76-92; 8. Munk-Olsen T et al. Lancet Psychiatry 2018;3:644-652

©PFOL2026

31

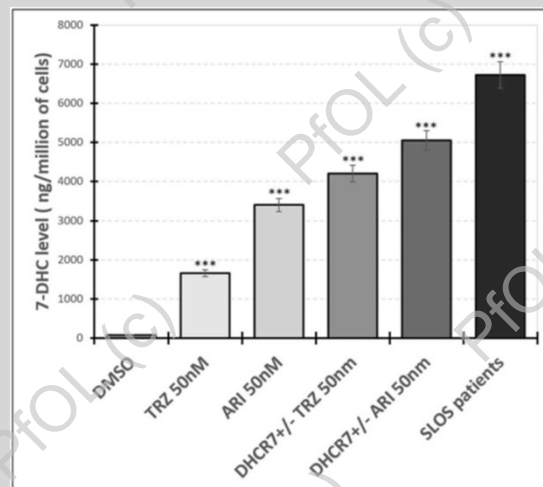
## Posible Riesgo de Alteraciones del Neurodesarrollo Embrionario con Psicotrópicos



Trazodona, aripiprazol y cariprazina interfieren con la biosíntesis de esteroides → niveles elevados del precursor de esteroides 7-dehidrocolesterol (7-DHC) → efecto disruptivo en el desarrollo del cerebro, especialmente cuando el feto es del genotipo DHCR7 +/-.

En muestras de suero humano, los niveles de trazodona circulantes se correlacionan con el 7-DHC.

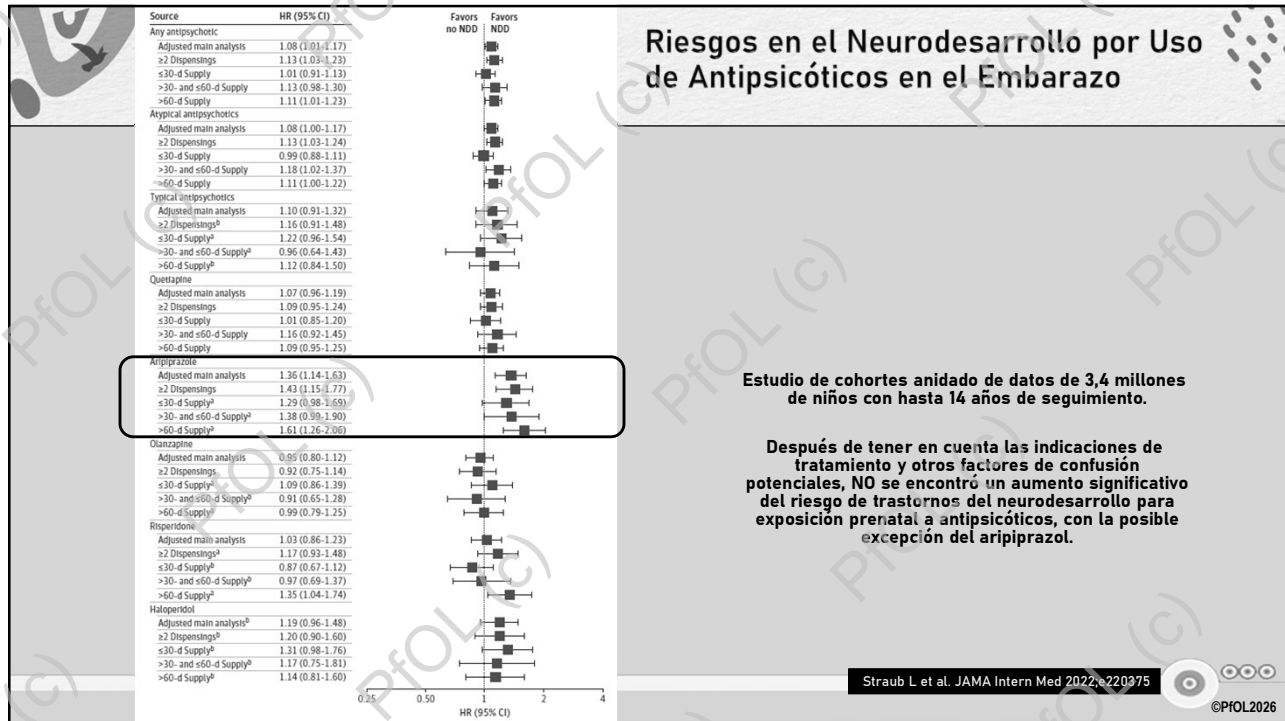
Los fibroblastos de pacientes humanos DHCR7 +/- tratados con aripiprazol ↑ niveles de 7-DHC hasta 62 veces, (~75% de los niveles observados en los fibroblastos de pacientes con SLOS (Síndrome Smith-Lemli-Opitz) con mutaciones en las enzimas de la biosíntesis de lanosterol.



Korade Z et al. Mol Psychiatry 2022;27:490-501

©PFOL2026

32



33

### Antidepresivos en Embarazo y Complicaciones

- Aborto Espontáneo:**
  - General\* (1.27; 1.08-1.51)<sup>1</sup>; ISRS (OR = 2.4; 1.4-3.9)<sup>2</sup>; Duales (aRR = 1.7; 1.2-2.6)<sup>3</sup>; mirtazapina (HR = 1.04%; 0.91-1.20)<sup>4</sup>
- Parto Prematuro:**
  - General (aOR = 1.34; 1.18-1.52)<sup>5</sup>, (OR [MA] = 1.24; 1.09-1.41)<sup>6</sup> y (clase 3 OR [UR] = 1.65; 1.34-2.02)<sup>7</sup>;
  - ISRS (-4.9 días; -9.1 a -1.4)<sup>8</sup>, (OR [MA] = 1.75; 1.38-2.21; I<sup>2</sup> = 71%)<sup>9</sup>
- Bajo Peso al Nacer:**
  - General (aOR = 1.01; 0.81-1.25)<sup>5</sup>; ISRS (OR [MA] = 1.72; 1.18-2.52; I<sup>2</sup> = 68%)<sup>8</sup>; ISRS (clase 3 OR [UR] = 1.50; 1.19-1.90)<sup>7</sup>; ISRS (-205 g; -372 a -38)<sup>10</sup>

\*controlado para la condición

1. Kitchin A et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2022;31:901-912; 2. Ross LE et al. JAMA Psychiatry 2018;70:436-443; 3. Almeida ND et al. Epidemiology 2016; 27:538-546; 4. Ostensfeld A et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:557-567; 5. Swain AC et al. JAMA 2017;317:1553-1562; 6. Eke AC et al. BJOG 2016;123:1900-1907; 7. Fabiano N et al. Mol Psychiatry 2025;30:327-335; 8. Nezválková-Henriksen K et al. Int J Epidemiol 2016;45:2018-2029; 9. Kautzky A et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:6-28; 10. Malm H et al. Am J Psychiatry 2015;172:1224-1232

©PFOL2026

34

## Antidepresivos en Embarazo y Complicaciones (2)

### ● Apgar Bajo:

- General (SMD [1 min.] = 0.19; 0.30-0.08) y (5 min. = 0.33; 0.47-0.20)<sup>1</sup>; ISRS (OR [MA] [1 min.] = 2.15; 1.31-3.53) y (5 min. = 2.04; 1.5-2.77)<sup>2</sup>

### ● Hipoglucemia Neonatal:

- General (aRR = 1.73; 0.37-8.92)<sup>3</sup>; ISRS (OR [MA]= 1.65; 1.53-1.78)<sup>2</sup>

### ● Admisión en Cuidados Especiales Neonatales:

- General (OR [MA] = 1.74; 1.43-2.11; I<sup>2</sup> = 58%)<sup>2</sup>

1. Kitchin A et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2022;31:901-912; 2. Kautzky A et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:6-28; 3. Shah R et al. Neonatology 2019;115:116-126



©PfOL2026

35

## Antidepresivos en Embarazo y Complicaciones (3)

### ● Hipertensión Pulmonar Persistente (Primaria) del RN\*:

- ISRSs/SNRIs (OR [MA] = 1.82; 1.31-2.54; I<sup>2</sup> = 72%) y (>20 sem. aOR = 2.08; 1.44-3.01; I<sup>2</sup> = 76%)<sup>1</sup>; (OR [MA] = 2.5; 1.32-4.73)<sup>2</sup> y (OR [MA] = 1.52; 1.04-2.00; I<sup>2</sup> = 84%; NNH = 1615)<sup>3</sup>; (aOR [HPPRN] = 1.28; 1.01-1.70; NNH = 3031) vs. (aOR [HPPRN] = 1.08; 0.92-1.27)<sup>4</sup>

### ● Síndrome de Pobre Adaptación Neonatal:

- General (OR = 4.8; 1.9-12.5)<sup>5</sup>; convulsiones ISRS (OR [MA] = 3.25; 1.76-6.02)<sup>6</sup>

\*Sertralina se ubicó como la mejor opción para disminuir el riesgo de HTPRN.<sup>1</sup>

1. Masarwa R et al. Am J Obstet Gynecol 2019;220:57.e1-57.e13; 2. Grigoriadis S et al. BMJ 2014;348:f6932; 3. Ng QX et al. J Womens Health (Larchmt) 2019;28:331-338; 4. Huybrechts KF et al. J Am Med Assoc 2015;313:2142-2151; 5. Fujioka I et al. J Affect Disord 2022; 60-67; 6. Kautzky A et al. Acta Psychiatr Scand 2022;145:6-28



©PfOL2026

36

## Antidepresivos en Embarazo y Complicaciones (4)

### ● Hemorragia Posparto:

- General (RR [MA] = 1.32; 1.17-1.48), ISRS (1.2; 1.04-1.38), duales (1.62; 1.41-1.85)<sup>1</sup>

### ● Pre-eclampsia/Eclampsia/HTA:

- General (antes de sem. 16: aOR = 3.09; 1.56-6.12) y (luego de sem. 16: aOR = 3.41; 1.66-7.02)<sup>2</sup>
- Sólo pre-eclampsia (no HTA): aOR = 2.07; 1.45-2.97<sup>3</sup>
- ISRS (aRR = 1.47; 1.33-1.62)<sup>4</sup>, duales (1.90; 1.37-2.63)<sup>4</sup>, duales en dosis altas (4.83; 1.50-15.58)<sup>5</sup>, ADT (1.52; 1.25-1.8)<sup>6</sup>
- Duales vs. ISRS (aOR = 2.32; 1.28-4.20)<sup>7</sup>, Duales vs. Controles (aOR = 1.89; 1.13-3.18)<sup>7</sup>

1. Jiang HY et al. J Psychiatr Res 2016;83:160-167; 2. Bernard N et al. BMC Pregnancy Childbirth 2019;19(1):146; 3. Bredan C et al. Front Psychiatry 2025;16:1614577; 4. Palmsten K et al. BMJ 2013; 347:f4877; 4. Galbally M et al. Aust N Z J Psychiatry 2022, Online ahead of print; 5. Palmsten K et al. Epidemiology 2013;24:682-691; 6. Benevent J et al. J Clin Psychiatry 2023;84(4):22m14734

©PFOL2026

37

## Antidepresivos en Embarazo y Muerte Fetal

Number of ICSRs and aOR for fetal death, stillbirth, and both ADRs in VigiBase® for ADs with ≥ 5 ICSRs.

FETAL DEATH				STILLBIRTH				FETAL DEATH AND STILLBIRTH			
Women of childbearing age		Pregnant women (sensitivity analysis)		Women of childbearing age		Pregnant women (sensitivity analysis)		Women of childbearing age		Pregnant women (sensitivity analysis)	
Number of ICSRs	aOR (95%CI)	Number of ICSRs	aOR (95%CI)	Number of ICSRs	aOR (95%CI)	Number of ICSRs	aOR (95%CI)	Number of ICSRs	aOR (95%CI)	Number of ICSRs	aOR (95%CI)
Amitriptyline	13 0.73 (0.42-1.26)	2 nc		4 nc		0 n/a		17 0.67 (0.42-1.08)	2 nc		
Bupropion	20 0.86 (0.55-1.35)	18 1.39 (0.75-2.58)		9 0.75 (0.39-1.46)		4 nc		28 0.81 (0.56-1.19)	22 1.49 (0.87-2.54)		
Citalopram	27 1.47 (1.00-2.15)	14 2.58 (1.49-4.46)		12 1.41 (0.79-2.50)		7 2.68 (1.09-6.63)		37 1.41 (1.02-1.95)	20 2.60 (1.60-4.24)		
Clomipramine	12 4.85 (2.74-8.58)	0 n/a		3 nc		1 nc		15 4.61 (2.77-7.67)	1 nc		
Escitalopram	23 1.38 (0.91-2.08)	13 1.37 (0.72-2.60)		4 nc		0 n/a		27 1.11 (0.76-1.63)	13 1.05 (0.55-1.98)		
Fluoxetine	34 1.25 (0.89-1.76)	8 0.75 (0.35-1.59)		15 1.15 (0.69-1.93)		6 1.33 (0.49-3.61)		48 1.23 (0.92-1.63)	14 0.93 (0.51-1.71)		
Paroxetine	32 1.97 (1.39-2.80)	9 0.59 (0.22-1.59)		10 1.26 (0.67-2.35)		9 0.39 (0.05-2.81)		40 1.70 (1.24-2.33)	16 0.56 (0.23-1.36)		
Sertraline	50 1.59 (1.20-2.10)	14 0.85 (0.45-1.61)		20 1.34 (0.86-2.09)		8 1.02 (0.37-2.78)		69 1.52 (1.20-1.94)	20 0.93 (0.54-1.60)		
Venlafaxine	39 1.95 (1.42-2.69)	20 1.75 (1.05-2.91)		14 1.51 (0.89-2.57)		3 nc		50 1.75 (1.32-2.32)	22 1.53 (0.94-2.48)		

Significant disproportional reporting in bold.

AD: antidepressant; ADR: adverse drug reaction; aOR: adjusted reporting odds ratio; ICSRs: individual case safety reports; IC: confidence interval; na: not applicable; nc: not calculated.

Desaunay P et al. Psychiatry Res 2024;339:116048

©PFOL2026

38

## Otros psicotrópicos en Embarazo y Complicaciones

### ● Aborto Espontáneo:

- Aripiprazol (OR = 1.66; 0.63–4.38)<sup>1</sup> y (0.99; 0.78–1.27)<sup>2</sup>; ASG (aOR = 0.97; 0.80–1.17)<sup>2</sup>
- Litio (OR [MA] = 3.77; 1.15–12.39)<sup>3</sup>
- Gabapentinoides (OR [MA] = 1.64; 1.14–2.38)<sup>4</sup>
- BZDs (OR [MA] = 1.86; 1.43–2.42)<sup>5</sup>; (RR = 1.65; 1.55–1.76)<sup>6</sup> y (1.25; 1.13–1.39)<sup>7</sup> (\*controlado para la condición)
- Metilfenidato y Atomoxetina (aOR [MA] = 1.01; 0.70–1.47)<sup>8</sup>; Metilfenidato (aOR = 1.55; 1.35–1.79); Lisdexanfetamina (1.81, 1.06–3.10) y Atomoxetina (2.34; 1.41–3.89)<sup>9</sup>

### ● Parto Prematuro:

- Antipsicóticos (OR = 1.35; 1.13–1.62, I<sup>2</sup>=70%)<sup>10</sup>; ASG (sOR = 1.29; 1.03–1.62)<sup>11</sup>; APG (aOR = 2.46; 1.50–4.11)<sup>12</sup>; Aripiprazol (OR = 2.57; 1.06–6.27)<sup>1</sup>
- Litio (OR = 1.24; 0.83–1.84)<sup>13</sup>
- Gabapentinoides (OR [MA] = 1.56; 1.04–2.35)<sup>4</sup>; Pregabalina (aPR = 1.12; 0.99–1.27)<sup>14</sup>
- BZDs (RR = 1.20; 1.18–1.23)<sup>15</sup> y (OR [MA] = 1.96; 1.25–3.08)<sup>5</sup>; Hipnóticos Z (OR [MA] = 1.49; 1.19–1.86)<sup>6</sup>

1. Bellef F et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015;24:368–380; 2. Ishikawa T et al. Acta Psychiatr Scand 2024;150:562–572; 3. Fornaro M et al. Am J Psychiatry 2020;177:76–92; 4. Jin X-L et al. Eur J Clin Pharmacol 2022;78:1739–1747; 5. Grigoriadis S et al. Can J Psychiatry 2020;65:821–834; 6. Li BM et al. JAMA Intern Med. 2026;186:215–2237; 7. Kitchin A et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2022;31:901–912; 8. di Giacomo E et al. JAMA Netw Open 2024;7(11):e2443648; 9. Srinivas C et al. Br J Psychiatry 2025; epub ahead of print; 10. Quinn D et al. Arch Womens Ment Health 2024;29(1):12; 11. Ellfolk M et al. Eur J Clin Pharmacol 2020;74:107–115; 12. Betcher HK et al. Curr Treat Options Psych 2019;6:17–31; 13. Munk-Olsen T et al. Lancet Psychiatry 2018; 5:644–652; 14. Dudukina E et al. Drug Saf 2023;46:661–675; 15. Grigoriadis S et al. Acta Psychiatr Scand 2022; 146:312–324

©PFOL2026

39

## Otros psicotrópicos en Embarazo y Complicaciones (2)

### ● Peso Alto o Bajo para Edad Gestacional:

- *Retardo en el crecimiento:*
- Aripiprazol (OR = 2.97; 1.23–7.16)<sup>1</sup>
- BZDs (OR [MA] = 2.24; 1.41–3.88)<sup>2</sup>
- Hipnóticos Z (OR [MA] = 1.51; 1.27–1.78)<sup>3</sup>
- Gabapentinoides (OR [MA] = 1.99; 0.78–5.1)<sup>4</sup>; Pregabalina (aPR = 1.10; 0.90–1.36)<sup>5</sup>
- *Peso alto:*
- Antipsicóticos (OR = 1.57; 1.14–2.16)<sup>6</sup>; SGA [CLZ, OLZ, QUE] (aRR = 1.6; 1.3–1.9)<sup>7</sup>

### ● Diabetes Gestacional:

- Antipsicóticos (OR [MA] = 1.33; 1.22–1.44)<sup>8</sup> y (OR = 1.43; 1.25–1.65)<sup>9</sup>; SGAs (aRR = 1.8; 1.3–2.4)<sup>7</sup>; FGAs (aOR para IMC = 8.13 and para HF de DM = 8.33) vs. SGAs (aOR para ambas variables = 4.36)<sup>10</sup>
- Olanzapina (RR = 1.61; 1.13–2.29); Quetiapina (RR = 1.28; 1.01–1.62); Aripiprazol (RR = 0.82; 0.50–1.33); Risperidona (RR = 1.09; 0.70–1.70)<sup>11</sup>
- Litio (OR = 1.20; 0.81–1.78)<sup>12</sup>

1. Bellef F et al. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2015;24:368–380; 2. Grigoriadis S et al. Can J Psychiatry 2020;65:821–834; 3. Grigoriadis S et al. Acta Psychiatr Scand 2022;146:312–324; 4. Jin X-L et al. Eur J Clin Pharmacol 2022;78:1739–1747; 5. Dudukina E et al. Drug Saf 2023;46:661–675; 6. Khan SJ et al. Curr Psychiatry Rep 2016;18(13); 7. Halonen E et al. CNS Drugs 2022; 36:529–539; 8. Zhang H et al. J Affect Disord 2026;395(Pt A):120633; 9. Ellfolk M et al. Eur J Clin Pharmacol 2020;74:107–115; 10. Kulkarni J et al. Schizophr Res 2023;254:22–26; 11. Betcher HK et al. Curr Treat Options Psych 2019;6:17–31; 12. Munk-Olsen T et al. Lancet Psychiatry 2018; 5:644–652

©PFOL2026

40

## Otros psicotrópicos en Embarazo y Complicaciones (4)

- **Síndrome de Pobre Adaptación Neonatal o Apgar bajo:**
  - *SPAN*: Antipsicóticos (aRR = 1.15; 0.88-1.50)<sup>1</sup>;
  - *Apgar bajo*: BZDs (OR [MA] = 2.19; 1.94-2.47)<sup>2</sup>
  - Litio - 1 min (mean 8.2 vs. 8.9; p=0.026) y litio - 5 min (9.6 vs. 9.9; p=0.015)<sup>3</sup>
- **Admisión en Cuidados Especiales Neonatales:**
  - Antipsicóticos (aOR = 1.42; 0.747-2.712)<sup>4</sup>
  - BZDs (soporte ventilatorio: OR = 2.85; 1.2-6.9)<sup>5</sup>; BZDs (OR [MA] = 2.61; 1.64-4.14)<sup>2</sup>

1. Vigod SN et al. *BMJ* 2015;350:h2298; 2. Grigoriadis S et al. *Can J Psychiatry* 2020;65:821-834; 3. Sagué-Vilavella M et al. *Arch Womens Ment Health* 2022;25(29-737); 4. Frayne J et al. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2017;57:526-532; 5. Yonkers KA et al. *JAMA Psychiatry* 2017;74:1145-1152

©PfOL2026

41

## Riesgos en el Neurodesarrollo por Uso de Psicotrópicos en el Embarazo

- **Trastornos del neurodesarrollo:**
  - Antidepresivos (aHR = 0.97; 0.88-1.06)<sup>1</sup> ASG vs. Controles (OR = 1.24; 0.74-2.09)<sup>2</sup>; BZDs (OR = 1.25; 1.16-1.35)<sup>3</sup>
  - Medicamentos para el TDAH (aHR = 0.97; 0.81-1.17)<sup>4</sup> y (HR [MA] = 1.00; 0.83-1.20)<sup>5</sup>; estimulantes (aHR = 0.98; 0.81-1.19)<sup>4</sup>
- **TDAH:**
  - Medicamentos para el TDAH (aHR = 1.44; 0.92-2.25)<sup>4</sup> y (aHR = 0.92; 0.78-1.08)<sup>5</sup>
  - Antidepresivos (aHR = 0.94; 0.81-1.08)<sup>1</sup>, (aHR-1T = 0.98; 0.84-1.15; 2T = 0.91; 0.73-1.14; 3T = 0.79; 0.54-1.16)<sup>6</sup> y (aHR [MA] = 0.96; 0.76-1.2)<sup>7</sup>
  - ISRS (OR = 0.91; 0.51-1.60)<sup>8</sup>, otros ADs (OR = 0.65; 0.09-4.79)<sup>7</sup>, ADTs (aHR = 1.8; 1.0-3.1)<sup>9</sup>, Bupropion (OR = 3.63; 1.20-11.04)<sup>8</sup>
  - BZDs (OR = 1.82; 0.86-3.85)<sup>9</sup>; (RR 5 años = 1.51; 0.86-2.64)<sup>10</sup>; (HR [MA] = 1.07; 1.03-1.12)<sup>11</sup>; Clonazepam (HR = 1-15; 0.73-1.81)<sup>12</sup> (TRIM 1: HR = 0.91; 0.83-1.00; TRIM 2: 0.89; 0.78-1.01; TRIM 3: 1.08; 0.83-1.41)<sup>13</sup>; TRIM 1: HR = 0.74; 0.39-1.94; TRIM 2 y 3: 0.76; 0.35-1.61)0.83-1.41)<sup>14</sup>
  - anticonvulsivantes (OR = 0.36; 0.05-2.65)<sup>8</sup>; Valproato (HR = 1.41; 1.10-1.81)<sup>14</sup>; aHR [MA] = 1.62; 1.30-2.01<sup>15</sup>); Lamotrigina (HR = 0.83; 0.66-1.04); CBZ (HR = 1.05; 0.81-1.37); Topiramato (HR = 2.38; 1.40-4.06)<sup>14</sup>; Pregabalina (aPR = 1.05; 0.81-1.37)<sup>16</sup>

1. Suarez EA et al. *JAMA Intern Med* 2022;182:1169-40; 2. Swetlik C et al. *J Clin Psychiatry* 2024;85:23m14965; 3. Oh TK & Song IA. *Br J Psychiatry* 2025; Epub ahead of print; 4. Bang Madsen K et al. *Mol Psychiatry* 2023;28:1739-1746; 5. Bang Madsen K et al. *Mol Psychiatry* 2025;30:3885-3894; 6. Lee Mj et al. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;33:4273-4283; 7. Jiang HY et al. *BJOG* 2018;125:1077-1084; 8. Figueroa R. *J Dev Behav Pediatr* 2010;31:641-648; 9. Boukhris T et al. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2017;31:363-373; 10. Sundbakk LM et al. *PLoS One* 2019;14(6):e0217800; 11. Andrade C et al. *Acta Psych Scand* 2024. Epub ahead of print; 12. Dreier JW, et al. *JAMA Neurol* 2023;80:568-577; 13. Chen VC et al. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2243282; 14. Sundbakk LM et al. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2246889; 15. Andrade C et al. *Acta Psychiatr Scand* 2025. Epub ahead of print; 16. Dudukina E et al. *Drug Saf* 2023;46:661-675

©PfOL2026

42

## Riesgos en el Neurodesarrollo por Uso de Psicotrópicos en el Embarazo (2)

### • Autismo:

- Antidepresivos (aHR = 0.86; 0.60-1.23)<sup>1</sup>, (aHR = 0.83; 0.62-1.13)<sup>2</sup> y (aHR-1T = 1.04; 0.76-1.42; 2T = 0.96; 0.62-1.50; 3T = 0.69; 0.32-1.48)<sup>3</sup> vs. (OR [MA] = 1.82; 1.59-2.10)<sup>4</sup> y (aOR [MA - 1st trim.] = 1.8; 1.1-3.1)<sup>5</sup>
- ISRS (aHR = 1.40; 0.80-2.46)<sup>6</sup> y (aOR = 1.1; 0.5-2.3)<sup>7</sup> vs. (2.54; 1.37-4.68) y (2.5; 1.7-3.7)<sup>8</sup>
- Duales (aHR = 1.53; 0.58-4.03)<sup>9</sup>
- BZDs (TRIM 1: HR=0.92; 0.75-1.14; TRIM 2: 0.97; 0.71-1.33; TRIM 3: 1.07; 0.53-2.16)<sup>9</sup>; Clonazepam (HR = 1.03; 0.52-2.04)<sup>10</sup>; BZDs e hipnóticos Z (HR [MA] = 1.1; 0.8-1.5)<sup>11</sup>
- Valproato (aHR = 2.9; 1.7-4.9)<sup>12</sup>; (HR = 2.45; 1.84-3.26; aHR = 2.67; 1.69-4.20; aHR [MA] = 3.10; 2.24-4.28 y 6.32; 3.12-12.80 con dosis >1.0 g/día)<sup>13</sup>; Lamotrigina (HR = 0.86; 0.65-1.14 y aHR = 1.00; 0.69-1.46); CBZ (HR = 1.03; 0.70-1.51); Topiramato (HR = 1.93; 0.95-3.94 y aHR = 0.96; 0.56-1.65)<sup>10,14</sup>; Pregabalina (HR = 0.95; 0.66-1.38)<sup>15</sup>; Litio en agua potable (Dinamarca) (aOR = 1.23; 1.17-1.29)<sup>16</sup>
- Medicamentos para el TDAH (aHR = 1.02; 0.55-1.89)<sup>17</sup> y (aHR = 0.86; 0.63-1.18)<sup>18</sup>

1. Suarez EA et al. JAMA Intern Med 2022;182:1179-80; 2. Sujan AC et al. JAMA 2017;317:1559-1562; 3. Lee Mj et al. Eur Child Adolesc Psychiatry 2024;33:4273-4283; 4. Andatib S et al. Eur Psychiatry 2017;45:161-166; 5. Brown HK et al. J Clin Psychiatry 2017;78:e48-e58; 6. Brown HK et al. JAMA 2017;317:1544-1552; 7. Castro VM et al. Transl Psychiatry 2016;6:e706; 8. Gentile S. J Affect Disord 2015;182:132-137; 9. Chen VC et al. JAMA Netw Open 2022;5:e2243282; 10. Dreier JW, et al. JAMA Neurol 2023;80:568-577; 11. Andrade C et al. Acta Psych Scand 2024. Epub ahead of print; 12. Khan SJ et al. Curr Psychiatry Rep 2014;18(13); 13. Andrade C et al. Acta Psychiatr Scand 2025. Epub ahead of print; 14. Hernández-Díaz S et al. N Engl J Med 2024;390:1069-1079; 15. Dudukina E et al. Drug Saf 2023;46:661-675; 16. Jiew Z et al. JAMA Pediatr 2023;177:617-624; 17. Bang Madsen K et al. Mol Psychiatry 2023;28:1739-1746; 18. Bang Madsen K et al. Mol Psychiatry 2025;30:3895-3894

©PFOL2026

43

## Riesgos en el Neurodesarrollo por Uso de Psicotrópicos en el Embarazo (3)

### • Trastorno Oposicional Desafiante:

- BZDs ( $a\beta = 0.32$ ;  $-0.08$  a  $0.73$ ) vs. Ansiedad en embarazo ( $a\beta = 0.29$ ;  $0.11$ - $0.48$ )<sup>1</sup>; Clonazepam (HR = 1.61; 0.63-4.11); Valproato (HR = 0.79; 0.43-1.46); Lamotrigina (HR = 0.69; 0.39-1.22); CBZ (HR = 0.92; 0.53-1.62)<sup>2</sup>

### • Ansiedad en la Niñez:

- BZDs ( $a\beta = 0.25$ ;  $-0.07$  a  $0.58$ ) vs. Ansiedad en embarazo ( $a\beta = 0.65$ ;  $0.46$ - $0.84$ )<sup>1</sup> y problemas de comportamiento internalizado a los 5 años (RR = 1.35; 0.73-2.49)<sup>3</sup>; Clonazepam (HR = 1.28; 0.83-1.97); Valproato (HR = 1.00; 0.77-1.31); Lamotrigina (HR = 1.01; 0.80-1.27); CBZ (HR = 0.93; 0.72-1.22); Topiramato (HR = 1.32; 0.65-2.72)<sup>2</sup>

### • Depresión en la Adolescencia Temprana:

- ISRSs (HR = 1.78; 1.12-2.82)<sup>4</sup> vs. ISRSs (3er trim.:  $\beta = 0.50$ ;  $0.04$ - $0.96$ )<sup>5</sup>
- ISRSs y duales vs. No uso (aHR = 1.00; 0.74-1.85) or Uso previo (aHR = 0.94; 0.69-1.27)<sup>6</sup>

$a\beta$  = valor Betas ajustado (variable continua); TELD = Test of Early Language Development

1. Radojčić MR et al. Neurotoxicol Teratol 2017;61:58-65; 2. Dreier JW, et al. JAMA Neurol 2023;80:568-577; 3. Sundbakk LM et al. PLoS One 2019;14(6):e0217830; 4. Malm H et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55:359-66; 5. Lupattelli A et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2018;57:200-208; 6. Talati A et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2026;65:408-419

©PFOL2026

44

## Riesgos en el Neurodesarrollo por Uso de Psicotrópicos en el Embarazo (4)

- **Trastornos del Habla/Lenguaje/Matemáticas:**
  - Antidepresivos (aHR = 1.01; 0.85-1.16)<sup>1</sup>
  - ISRSs (HR = 1.37; 1.11-1.70)<sup>2</sup> y (TELD:  $\beta = -0.146; -0.190$  a  $-0.019$ )<sup>3</sup>
  - Ansiolíticos/hipnóticos [aOR (corto plazo)= 1.1; 0.83-1.41] y [aOR (largo plazo)= 1.4; 0.84-2.33]<sup>4</sup>
  - APs (aMD lenguaje = 0.5;  $-0.8$  a  $1.7$ ; matemáticas = 0.4;  $-1.0$  a  $1.8$ ).<sup>5</sup>
- **Discapacidad Cognitiva/Intelectual:**
  - Antidepresivos (aRR = 1.33; 0.90-1.98)<sup>6</sup> y (aHR = 1.00; 0.45-2.22)<sup>1</sup>
  - Litio: SON-iQ ( $\beta a = -0.18; -71.84$  a  $29.70$ )<sup>7</sup>
  - Valproato: CI = 8 puntos menor, peor memoria y atención vs controles.<sup>8</sup>; Valproato (HR = 2.70; 1.94-3.74); Lamotrigina (HR = 0.85; 0.58-1.24); CBZ (HR = 1.11; 0.73-1.70); Topiramato (HR = 2.23; 0.90-5.50); Clonazepam (HR = 0.55; 0.20-1.51)<sup>9</sup>; Pregabalina (aPR = 0.98; 0.77-1.26)<sup>10</sup>

aB = valor Betas ajustado (variable continua); TELD = Test of Early Language Development

1. Suarez EA et al. JAMA Intern Med 2022;182:1149-60; 2. Brown AS et al. JAMA Psychiatry 2016;73:1163-1170; 3. Johnson KC et al. J Clin Psychiatry 2016;77:e176-82; 4. Odsbu I et al. Eur J Clin Pharmacol 2015; 71:283-291; 5. Liu X et al. JAMA Intern Med 2022; 182:1035-1043; 6. Viktorin A et al. JAMA Psychiatry 2017;74:1031-1038; 7. Poels EMP et al. Bipolar Disord 2022;24:310-319; 8. Gopinath N et al. Epilepsy Res 2016; 117:58-62; 9. Dreier JW, et al. JAMA Neurol 2023;80:568-577; 10. Dudukina E et al. Drug Saf 2023;46:661-675

45

## Exposición Prenatal a ISRS, Depresión y Morfología Cerebral en Niños de 9 a 10 Años

Child Depressive Symptoms (t-score)

Exposed (n=224)      Unexposed (n=6,722)

Prenatal SSRI Exposure

LH Latent Occipital Cortical Thickness (mm)

Exposed (n=224)      Unexposed (n=6,718)

Prenatal SSRI Exposure

LH Superior Parietal Surface Area (mm²)

Exposed (n=224)      Unexposed (n=6,718)

Prenatal SSRI Exposure

**Niños expuestos prenatalmente a ISRS no tienen síntomas depresivos elevados cuando se contabilizan los síntomas depresivos maternos recientes**

**La exposición prenatal a ISRS se asoció con una mayor área de superficie parietal superior izquierda (b = 145,3 mm<sup>2</sup>, p=0,00038) y mayor grosor cortical occipital lateral (b = 0,0272 mm, p=0,0000079); ninguno de los dos se asoció con síntomas depresivos en los niños**

Moreau AL et al. Biol Psychiatry; GOS 2022; 3:243-254

46

## Uso de TECAR Durante el Embarazo

- Una revisión sistemática de casos (n=130) encuentra que:<sup>1</sup>
  - La TEC tiene una eficacia similar en embarazadas vs. no embarazadas.
  - La complicación más común de la ECT en embarazo → arritmias fetales (resolución espontánea).
  - Otros EAs: parto prematuro, contracciones uterinas.
  - Se informaron complicaciones graves, permanentes o fatales en el 15,8% de las madres y el 43,5% de los niños por contracciones prolongadas → daño hipóxico en la madre y el feto.
  - Medidas y precauciones antes de TEC en el embarazo: monitorización materna y fetal de signos vitales, limitar la compresión de la vena cava, tocolíticos, anestésicos de bajo riesgo (Propofol y Midazolam).
- Un estudio de registro de Suecia vs. no TECAR, reporta:<sup>2</sup>
  - Mínimo riesgo de malformaciones fetales
  - mayor tasa de partos inducidos (OR = 2,67; 1,11-6,45)
  - Mayor tasa de partos prematuros (OR = 2,33; 1,15-4,73)
  - Y Apgar <7 a los 5 minutos (OR = 3,68; 1,58-8,55)

1. Pipolla et al. Arch Womens Ment Health 2024;27:157-178; 2. Arnison T et al. Acta Psychiatr Scand 2023. Epub ahead of print

©PFOL2026

47

## Hormonas Sexuales y SNC

```
graph TD; E((E)) --> rGABA_A((rGABA A)); P((P)) --> rGABA_A; P --- Alopregnanolona[Alopregnanolona];
```

(Alopregnanolona)

- Membrana: ↑ Excitabilidad neuronal
- Genómico: Modifica mRNA GAD
  - Inhibe síntesis de GABA y rGABAA
  - ↓ inhibición neuronal

Activa rNMDA excitatorio en hipocampo

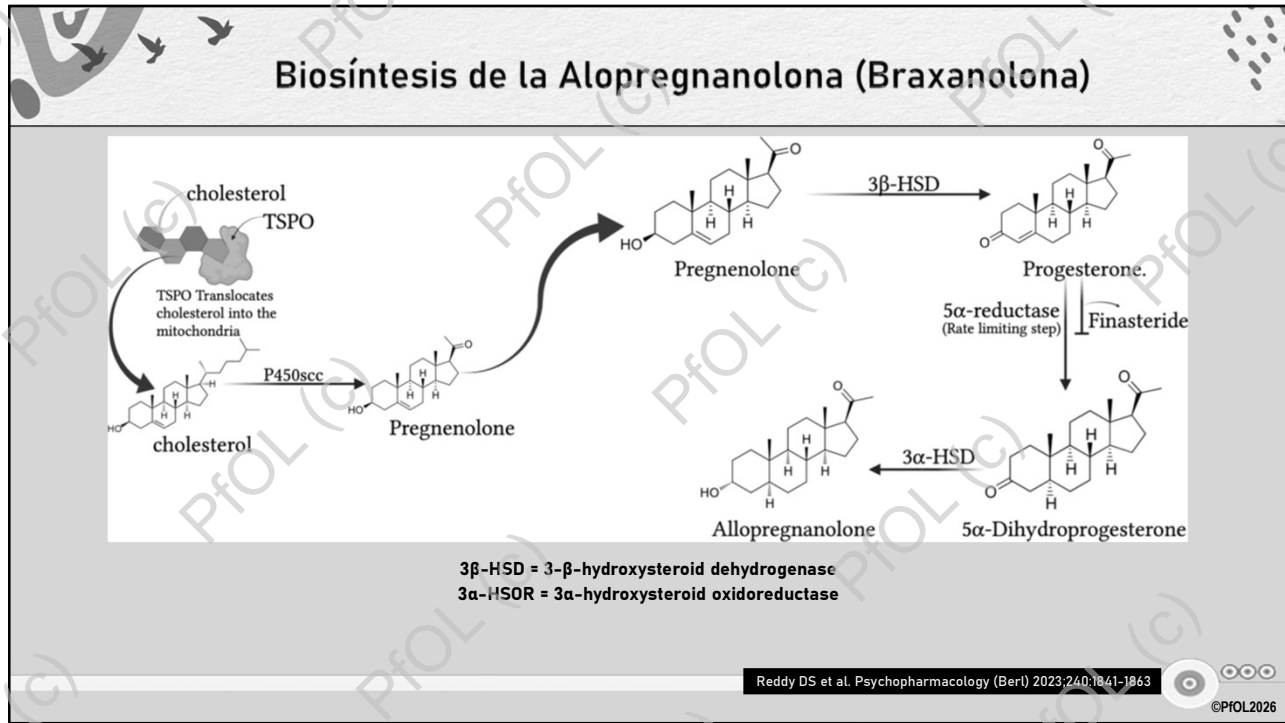
- ↑ inhibición en receptor GABA<sub>A</sub>
- Modifica el mRNA de GAD y ↑ la síntesis de GABA y rGABA<sub>A</sub>
- Atenúa la excitación del glutamato en el hipocampo

GABA = γ-ácido aminobutírico; mRNA = ácido ribonucleico mensajero; GAD = ácido glutámico descarboxilasa.

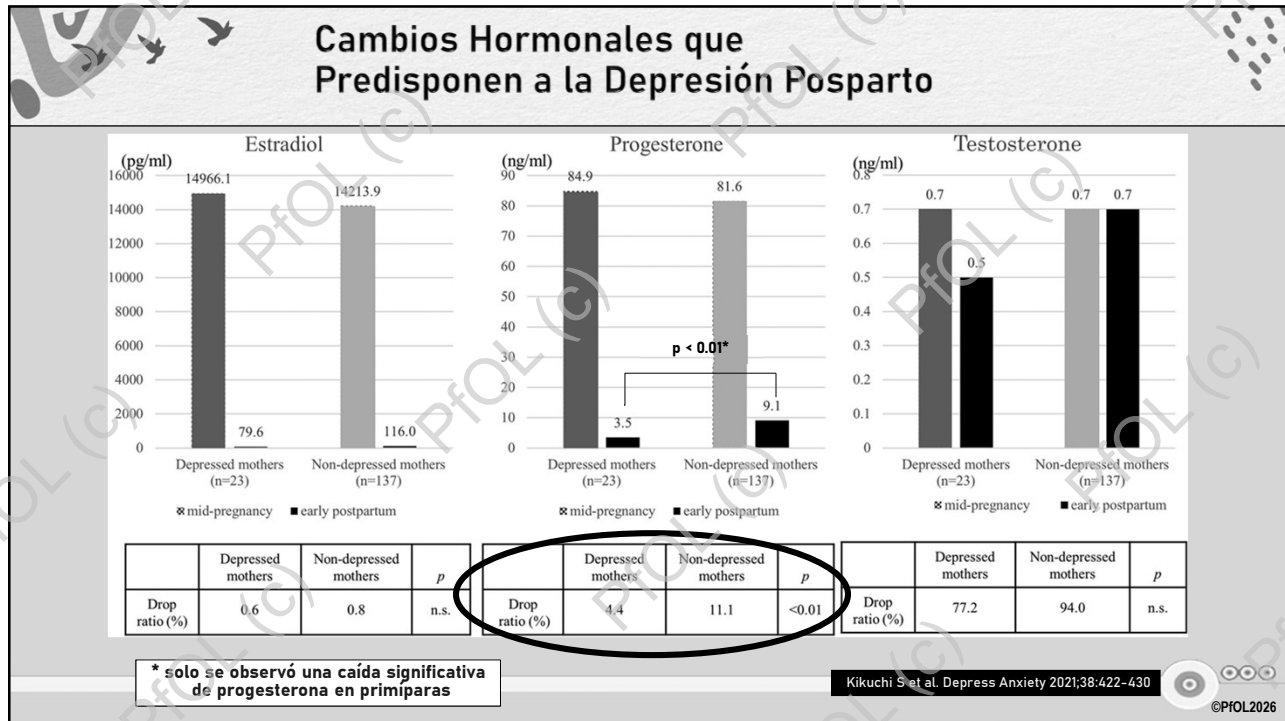
Tatum WO et al. Arch Intern Med 2004; 164: 137-145

©PFOL2026

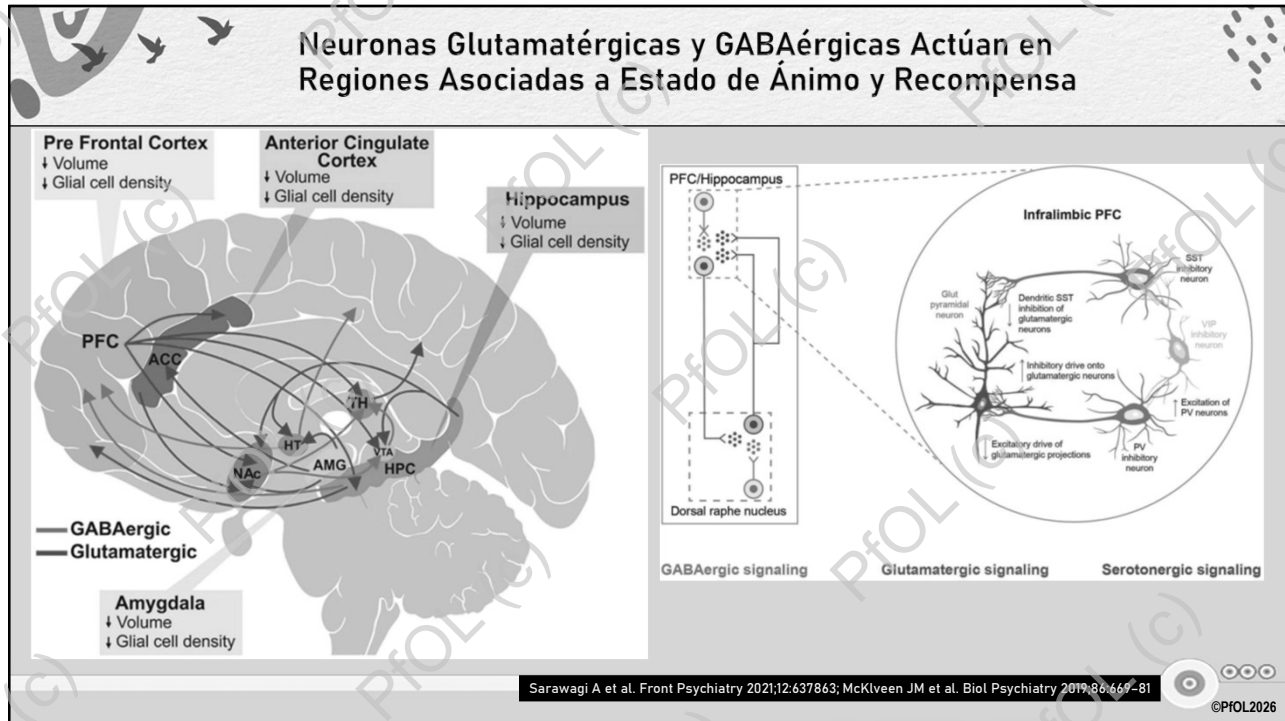
48



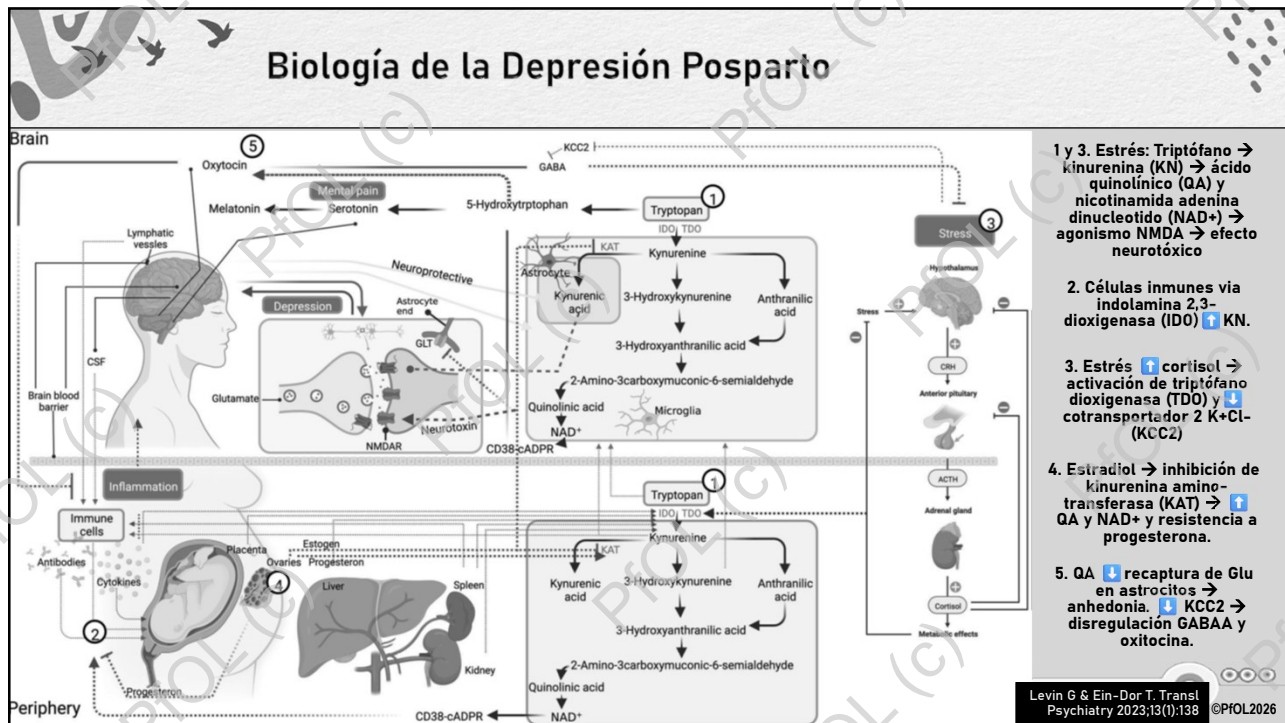
49



50



51



52

## Tratamiento Farmacológico de la Depresión Posparto (1)

- **Metanálisis de 3 ECAs:** Las mujeres que recibieron ISRS tenían más probabilidades de mostrar una respuesta a los síntomas que el placebo (52,2 % vs. 36,5 %) o remisión (46,0 % vs. 25,7 %).<sup>1</sup>
- **La sertralina puede mejorar la respuesta (RR 6 sem. = 2.24; 0.95-5.24; NNT=4), la remisión (2.51; 0.94-6.70; NNT=4) y los síntomas de depresión y ansiedad (EPDS (CR)= 0.91; p=0.04; HAMA (CR)= 1.19; p=0.03).**<sup>2</sup>
- **Los ISRS deben usarse por un período de 6 meses a 1 año.**<sup>3</sup>
- **Los estabilizadores del estado de ánimo pueden reducir la recurrencia y aumentar el tiempo hasta la recurrencia.**<sup>2</sup>

CR = coeficiente de regresión; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale

1. Molyneux E et al. Cochrane Database Syst Rev 2014; 11: CD002018; 2. Viswanathan M et al. Comparative Effectiveness Review, No. 286. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021; 3. Betcher HK & Wisner KL. J Womens Health 2020;29:310-318



©PfOL2026

53

## Tratamiento Farmacológico de la Depresión Posparto (3)

- **MA respuesta y remisión con GABAquinas en DPP (HAMD):<sup>1</sup>**
  - **Zuranolona:** día 3 (RR = 1.7; 1.17-2.47 y 2.36; 1.11-5.03)  
día 45 (RR = 1.24; 1.04-1.48 y 1.62; 1.21-2.17)
  - **Brexanolona:** 48 h (RR = 1.42; 1.14-1.77 y 2.07; 1.36-3.17)  
día 30 (RR = 1.34; 0.78-2.29 y 1.3; 0.64-2.65)
- **MA EAs:<sup>1</sup> Zuranolona (RR = 1.21; 1.01-1.45; cefalea, mareo, diarrea, sedación)  
Brexanolona (RR = 0.98; 0.76-1.27).**
- **Zuranolona 50 mg/día mejoró los síntomas depresivos a partir del día 3 y fue superior al placebo en el día 15 en depresión posparto grave (LSM-MD HAMD = -4,0; -6,3 a -1,7). EAs comunes: somnolencia, mareos y sedación.**<sup>2</sup>
- **En comparación con los ISRS y los IRSN, la zuranolona en el día 15 mostró una mejor respuesta (NNT = 4) y remisión (NNT = 4) con mejor tolerabilidad (NNH = -28).**<sup>3</sup>

1. Zou J et al. Psychiatry Res 2023;328:115450; 2. Deligiannidis KM et al. Am J Psychiatry 2023;180:668-675; 3. Arnaud A et al. J Affect Disord 2021;285:112-119



©PfOL2026

54

## Psicofármacos y Lactancia Materna

### RELATIVE INFANT DOSE (RID)

RID o %RID =  $\frac{\text{Dosis diaria en lactante por kg vía leche}}{\text{Dosis materna por kg}} \times 100$

- Dosis diaria en lactante = concentración promedio en la leche x estimado de ingesta de leche de 150 cc/kg/día
- **RID = 100% indica que la dosis del niño vía leche es igual a la dosis materna por kilo**
- Se acepta que **RID menor a 10% es seguro** (mayoría de fármacos caen en este rango)
- Excepción: fenobarbital (RID 20-50%)
- RID es una constante de proporción (exposición depende de la dosis absoluta de la madre)
- Es una estimación simple del riesgo clínico potencial
- No aporta información sobre efectos independientes de la dosis
- **Si el infante tiene alteraciones en el "clearance", se pueden subestimar riesgos de exposición**

Verstegen RHJ Br J Clin Pharmacol 2022;88:4311-4327 ©PFOL2026

55

## Psicotrópicos y Lactancia

Fármaco	Dosis ingerida por lactante	Efectos adversos en lactante	Se puede usar?
Fluoxetina + NorFLX	2.4% a 9%	cólico, irritabilidad y somnolencia	posiblemente
Paroxetina	1.1% a 5%	leve insomnio, inquietud y ↑ del llanto	muy aceptable
Escitalopram	1.7% a 5.5%	somnolencia (en los más jóvenes)	aceptable
Sertralina	0.2% a 2.4%	síndrome discontinuación	muy aceptable
Fluvoxamina	0.8% a 1.38%	no reportados	aceptable
Venlafaxina + DVF	3.5% a 8.8%	sedación y pobre ganancia de peso	aceptable
Duloxetina	0.14% a 0.82%	somnolencia?	aceptable
Clomipramina	1.3% a 2.2%	no reportados	aceptable
Bupropion	0.2% a 5.1%	vómitos, diarrea, nerviosismo o sedación	evitar
Mirtazapina	0.6% a 2.8%	No reportados	aceptable
Trazodona sin mCPP	0.65%	escasa información	aceptable?
Vortioxetina	1% a 1.7%	Escasa información	aceptable?

Drugs and Lactation Database (LactMed), NLM, Bethesda, US. Consultada noviembre 2023; Uguz F. Am J Ther 2021;28:e118-e126 ©PFOL2026

56

## Psicotrópicos y Lactancia (2)

Fármaco	Dosis ingerida por lactante	Efectos adversos en lactante	Estado
Olanzapina	0.22% a 4%	sedación	muy aceptable
Quetiapina	0.005% a 0.43%	sedación?	aceptable
Risperidona	2.2% a 4.7%	sedación? depresión respiratoria?	aceptable
Lurasidona	1.16% a 3.03%	no reportados	posiblemente
Clozapina	?	sedación y leucopenia	no recomendado
Benzodiazepinas	2.5% a 8%	Sedación, hiperbilirrubinemia (diazepam)	posiblemente
Litio	11% a 59%	comportamiento inusual, inquietud, dificultades de alimentación, sedación o crecimiento y desarrollo anormales	posiblemente?
Valproato	1.3% a 22%	Monitorear ictericia por riesgo de hepatotoxicidad	posiblemente?
Metilfenidato	0.16% a 0.7%	no reportados	aceptable
Atomoxetina	0.19% a 0.65%	no reportados	aceptable
Eszopiclona	1.2% a 1.4%	sedación? (evitar zolpidem)	posiblemente
Pregabalina	7% a 8%	dificultad para iniciar lactancia	posiblemente
Propranolol	<0.1 a 0.9%	sedación?	aceptable

Drugs and Lactation Database (LactMed). NLM, Bethesda, US. Consultada noviembre 2025; Uguz F. Am J Ther 2021;28:e118-g126

©PfOL2026

57

## Conclusiones (1)




- **No tratar adecuadamente las condiciones psiquiátricas en embarazadas representa un mayor riesgo para el feto/neonato que el uso de medicamentos.**
- **Sertralina y (es)citalopram son la primera línea de tratamiento para depresión en embarazo, entre los ISRS. Cotejar con posibles riesgos de:**
  - malformaciones en los pies, atresia anal,
  - aborto espontáneo, parto prematuro, preeclampsia,
  - bajo peso al nacer, apgar bajo, hemorragia posparto,
  - HPPRN, pobre adaptación neonatal,
  - autismo, trastornos del habla y depresión en adolescentes.

©PfOL2026

58

## Conclusiones (2)

- **La paroxetina no se considera segura en mujeres en edad reproductiva por aumentar riesgo de malformaciones cardiovasculares, malformaciones de los pies, anencefalia, gastrosquisis y onfalocele.**
- **Venlafaxina, mirtazapina y duloxetina son probablemente tan seguros como los ISRS (segunda línea de tratamiento) en embarazo. Cotejar con posibles riesgos de:**
  - parto prematuro, preeclampsia,
  - bajo peso al nacer, apgar bajo, hemorragia posparto,
  - HPPRN, pobre adaptación neonatal.
- **Los ADT NO parecen asociarse a un mayor riesgo de malformaciones.**






©PfOL2026

59

## Conclusiones (3)

- **Existe un posible riesgo de alteraciones del neurodesarrollo con el uso de trazodona en el embarazo.**
- **TECAR debe ser considerado sólo como última medida.**
- **Las benzodiazepinas pueden ser usadas en el embarazo (exc. 1 semana antes del parto → riesgo de soporte ventilatorio).**
- **Se recomienda el uso de litio en el embarazo en pacientes que han demostrado estabilizarse con el catión antes del mismo. Cotejar con riesgo de malformaciones congénitas y cardíacas y aborto espontáneo. Usar con niveles <0,64 mEq/L.**



©PfOL2026

60

## Conclusiones (4)

- **La lamotrigina puede ser usada en el embarazo en caso de epilepsia o si se demuestra eficacia profiláctica en depresión bipolar previamente.**
- **Valproato está contraindicado en caso de evaluación pre-concepcional (defectos del tubo neural, autismo, discapacidad cognitiva). Su retiro luego del 1<sup>er</sup> trimestre NO se recomienda.**
- **Olanzapina y quetiapina > risperidona pueden usarse en embarazo. Cotejar con riesgo de diabetes gestacional y parto prematuro.**
- **El aripiprazol y la cariprazina pueden inducir alteraciones del neurodesarrollo por interferencia con la biosíntesis de esteroides.**

©PFOL2026

61

## Conclusiones (5)

- **Brexanolona, zuranolona y sertralina son los medicamentos con mayor evidencia para eficacia en depresión posparto.**
- **Paroxetina y sertralina parecen ser los antidepresivos de primera elección durante la lactancia.**
- **El uso del litio no suele recomendarse pero bajo supervisión estrecha puede ser aceptado. Los ASG parecen ser seguros en lactancia (exc., clozapina), pero hacen falta más estudios. Se prefiere olanzapina.**
- **El uso crónico psicotrpicos durante la lactancia se asocia con un crecimiento y desarrollo motriz grueso normales.<sup>1</sup>**

1. Kronenfeld N et al. PLoS ONE 2018;13: e0197196

©PFOL2026

62