

## ACTUALIZACION

### SUSPENSIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO CON SERTRALINA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Jeannette Cofré Meza  
Nutricionista Hospital Roberto del Río

#### Resumen

La Organización Mundial de la Salud recomienda amamantar a los recién nacidos, pero resulta contraproducente si la madre presenta una enfermedad que afecte este proceso natural<sup>(1)</sup>, como la depresión postparto (DPP), una complicación psiquiátrica frecuente en el puerperio que influye en la salud de la madre y del lactante<sup>(2)</sup>. El tratamiento farmacológico consiste en la administración de antidepresivos, considerándose los riesgos y ventajas, algunos ISRS se destacan por su menor detección en la leche materna<sup>(3)</sup>; por ello la Sertralina puede ser el más seguro, el lactante ingiere cantidades pequeñas y generalmente no se detectan en el plasma<sup>(4)</sup>. También se requiere de consejería por la incertidumbre de continuar o no amamantando<sup>(5)</sup>.

#### Abstract

The World Health Organization recommends breastfeeding newborns, but it is counterproductive if the mother presents a disease that affects this natural process (1), such as possible acute or chronic pathologies in the life cycle of pregnancy, as well as in lactation; one of them is postpartum depression (PPD), a frequent psychiatric complication in the puerperium that influences the health of the mother and the infant, such as early interruption or continued breastfeeding (2). Pharmacological treatment consists of the administration of antidepressants, considering the risks and advantages, some SSRIs stand out for their lower detection in breast milk<sup>(3)</sup>; for this reason Sertraline may be the safest, the infant ingests small amounts and is generally not detected in the plasma. It is also the most used during lactation according to most researchers<sup>(4)</sup>.

Mothers may need breastfeeding counseling due to the uncertainty of continuing or not breastfeeding<sup>(5)</sup>.

#### Introducción

La información sobre la recomendación de suspender la lactancia materna frente a un cuadro de depresión postparto (DPP) es limitado. Pero es posible encontrar artículos científicos acerca del tratamiento psiquiátrico con fármacos antidepresivos, indicando si su uso en la lactancia puede ser perjudicial o no.<sup>(5)</sup>

La depresión postparto (DPP) es el trastorno psiquiátrico materno más frecuente que influye negativamente en la diada madre-hijo y el desarrollo infantil, con una prevalencia entre 15 a 20%<sup>(2) (6)</sup> y afecta la continuidad de la lactancia materna.

La Quinta edición del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) caracteriza a la DPP como un episodio depresivo de gravedad moderada a severa, que inicia el primer mes después del parto<sup>(7)</sup>. El manual de las enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) la define como un desorden mental y del comportamiento de carácter leve, en la sexta semana después del parto con una duración de medio año<sup>(7)</sup>.

La DPP puede causar disfunción familiar, impedir la unión efectiva de la madre y el bebé, provocar el término temprano de la lactancia materna y afectar negativamente el crecimiento infantil y el desarrollo cerebral<sup>(2)</sup>. En la lactancia se ha demostrado un mecanismo neuroendocrino compartido entre el estado de ánimo, los niveles de oxitocina y la afectividad materna<sup>(8)</sup>. Esto refuerza la postura

de que las mujeres con depresión se beneficiarían de una consejería y apoyo permanente en la lactancia.

## Material y métodos

Se realizó una búsqueda de la literatura en MEDLINE, LACTAMED, SCIELO como bases de datos. La búsqueda de los que se realizó mediante el acceso remoto a Bases de datos, guías clínicas nacionales, revistas, libros electrónicos suscritos por Universidad de Chile, a través de su portal de información en el sitio web [www.uchile.cl/bibliotecas](http://www.uchile.cl/bibliotecas). Se seleccionaron palabras claves: "Lactancia materna", "Leche humana", "lactante", "amamantamiento", "antidepresivos", "Depresión postparto", "Sertralina".

## Resultados

La lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida proporciona la nutrición óptima para recién nacidos y lactantes, respaldado por la Organización Mundial de la Salud y la Academia Americana de Pediatría<sup>(9)</sup>. Los problemas de amamantamiento aumentan el riesgo de DPP; de igual modo que la DPP afecta negativamente la duración de la lactancia. Las mujeres con depresión en el puerperio tienen más riesgos de suspender la lactancia, comparado con mujeres que no han presentado depresión<sup>(7)</sup>.

El apoyo y consejería en lactancia materna debe ser una parte fundamental en el tratamiento de la DPP. La intervención oportuna, el fomento y promoción de la lactancia materna tiene un impacto potencialmente significativo en la salud de la madre y su hijo.

El médico puede evaluar las características fisicoquímicas del medicamento y las características del paciente para determinar la idoneidad de la lactancia materna y la medicación del fármaco.

Generalmente sólo el 1% a 2% de la dosis de cualquier fármaco será transferido al niño por la leche materna<sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup>. Aunque todos los antidepresivos pasan a la leche materna, esto no necesariamente contraindica su uso durante la lactancia<sup>(12)</sup>.

Sin embargo, si el lactante presenta síntomas negativos, la lactancia debe suspenderse. Los efectos de los fármacos antidepresivos muestran escasa evidencia de daño dismorfogénico derivado su uso durante el embarazo o la exposición durante la lactancia. Se puede decir que los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina salvo, paroxetina) son compatibles con el amamantamiento, pero la información sobre efectos adversos en el niño es insuficiente o sus efectos no son significativos<sup>(11)</sup>.

Las mujeres con depresión posparto tienen una probabilidad menor de amamantar, y cuando lo hacen, es por períodos más cortos<sup>(13)</sup>, ya sea por la preocupación por los posibles efectos adversos de los antidepresivos en el desarrollo de sus hijos; por esto, la decisión de indicar o no un antidepresivo a la madre que amamanta debe basarse en una evaluación rigurosa de la relación riesgo/beneficio<sup>(14)</sup>.

La alimentación con leche materna se ha descrito como un factor protector en madres primíparas, estimularía algunos beneficios psicológicos en el sistema nervioso e inmunológico reduciendo la actividad inflamatoria al atenuar la elevación de cortisol, ACTH, adrenalina y noradrenalina, disminuiría la reactividad materna al estrés favoreciendo la alimentación del lactante<sup>(15)</sup>.

El número de mujeres que suspenden la lactancia materna siguiendo los consejos de los profesionales de la salud es elevado. Una de las principales razones para la suspensión de la lactancia es el reinicio del tratamiento farmacológico, debido a falta de información<sup>(18)</sup>.

En los últimos 20 años, la comprensión de la farmacocinética de los medicamentos en la leche humana ha mejorado significativamente. La mayoría de las propiedades fisicoquímicas que facilitan el paso de los fármacos en la leche materna, como peso molecular, farmacocinética, propiedades de afinidad y solubilidad en los lípidos; se han estudiado en detalle<sup>(17)</sup>.

La mayoría de los antidepresivos no están contraindicados durante la lactancia; sin embargo, algunos producen niveles altos en la leche<sup>(19)</sup>.

Los riesgos de exposición a medicamentos en bebés prematuros y de muy bajo peso al nacer no han sido estudiados, aunque es el subgrupo más vulnerable de recién nacidos. Los recién nacidos de término que reciben lactancia materna, generalmente los de mayor edad, por su parte, tienen bajo riesgo a efectos secundarios de los fármacos.

Por su parte, la Sertralina parece pasar mínimamente a la leche materna, por lo que se prefiere al inicio del tratamiento, pero generalmente no se recomienda cambiar por otro ISRS porque podría aumentar el riesgo de recaída<sup>(20)</sup>, además no se han descrito efectos adversos en los lactantes expuestos a este fármaco<sup>(13)</sup>.

Los beneficios de la lactancia en la mayoría de los casos supera la duda sobre la exposición a los ISRS, pero el riesgo en lactantes prematuros o enfermos debe ser determinado por el Médico Pediatra.

La Sertralina es uno de los antidepresivos más seguros durante la lactancia. Se recomienda comenzar con dosis bajas y aumentarlas progresivamente, con un control riguroso del recién nacido para detectar efectos adversos, como irritabilidad, mala alimentación o insomnio especialmente si el niño fue prematuro o con bajo peso al nacer.

La exposición de los niños al medicamento puede reducirse evitando la lactancia materna en el momento en que la concentración está en su nivel más alto.

Si se decide cambiar a sertralina, el tratamiento debe iniciarse después de una evaluación estricta de los riesgos y beneficios posibles mientras se controla rigurosamente al lactante.

Estudios internacionales demuestran que los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se encuentran

entre los medicamentos más utilizados en la lactancia materna y que los trastornos depresivos se encuentran entre los motivos principales que conducen al uso de medicamentos<sup>(21) (22)</sup>.

La sertralina es un fármaco de primera elección para mujeres que amamantan debido a los bajos niveles de exposición en lactantes y a muy pocos eventos adversos descritos en los informes de casos<sup>(13)</sup>.

Otro artículo muestra que los medicamentos antidepresivos como Sertralina y Paroxetina, son compatibles con la lactancia pero que deben usarse con precaución.

En otra revisión, señalaron que, aunque otros antidepresivos habían sido el tratamiento de elección años atrás, se prefiere indicar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, según se dice por su "perfil de seguridad superior", siendo el antidepresivo más recetado sin informe de efectos adversos<sup>(13)</sup>.

En síntesis, se respaldan los beneficios de la lactancia materna, y el bajo riesgo de usar Sertralina durante el tratamiento de DPP; sin embargo, la revisión mencionada sugiere que la lactancia materna es menos frecuente entre las mujeres con DPP, a pesar del beneficio del amamantamiento<sup>(13)</sup>.

En un estudio sobre lactancia materna realizado en madres con DPP, los lactantes se beneficiaron significativamente; los bebés de un mes de edad que tenían pautas estables de lactancia materna presentaron menos riesgo de tener caracteres reactivos y al mes siguiente, no mostraron patrones anormales de asimetría del electroencefalograma frontal que se observan habitualmente en hijos de madres con depresión postparto<sup>(13)</sup>.

Además, el binomio madre hijo continuó teniendo mejores interacciones cuando los lactantes tenían tres meses de edad. Por lo tanto, obtuvieron beneficio de la lactancia, aunque no está claro si las madres estaban en tratamiento con antidepresivos<sup>(13)</sup>.

## Comentarios

Resulta contradictoria la información en la mayoría de los estudios sobre la interrupción de la lactancia durante el tratamiento con antidepresivos. Academia Estadounidense de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud promueve la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses por sus beneficios para la madre y la óptima nutrición del bebé<sup>(24)(25)</sup>.

La lactancia artificial puede ser una alternativa cuando las dificultades en el amamantamiento son factores desencadenantes o que hacen crónica la depresión en sí.

Aunque las entidades reguladoras han propuesto un marco de referencia para los estudios clínicos de lactancia, con frecuencia faltan datos sobre el paso de los fármacos a la leche materna<sup>(18)</sup>, al dar recomendaciones se puede llegar a un error, originando confusión que resulta en la interrupción temprana de la lactancia o atención médica insuficiente<sup>(4)</sup>, en este caso el médico puede evaluar las características fisicoquímicas del fármaco y las características del paciente para determinar la idoneidad de la lactancia materna. A pesar de esto, la mayoría de los medicamentos se consideran seguros durante el amamantamiento.

Las sociedades científicas recomiendan que la prescripción de un tratamiento farmacológico durante la lactancia debe basarse en la evaluación individual de cada caso, así como proporcionar información a los padres para facilitar la toma de decisiones, y la comunicación con el médico pediatra para una adecuada vigilancia del estado clínico del lactante.

También se recomienda iniciar con dosis bajas, ajustar la dosis paulatinamente e indicar tratamiento de preferencia en dosis única.

La decisión de usar un medicamento debe considerar factores que permitirán elegir la opción más adecuada en cada caso: la farmacocinética (vía de administración, dosis, intervalo entre dosis); características fisicoquímicas del medicamento (solubilidad y unión a proteínas); y aspectos de la lactancia

materna (edad del lactante, frecuencia de alimentación, tiempo entre tomas del fármaco y la alimentación).

El uso frecuente de fármacos durante la lactancia indica una necesidad real de aumentar los estudios de psicofármacos utilizados en este grupo etario, muy pocos fármacos justifican suspender la lactancia, los medicamentos que se deben tomar por tiempo prolongado pueden prescribirse con criterio para lograr el bienestar de la madre y el niño. Se debe trabajar en conjunto para apoyar a la mujer y al Médico a tomar la mejor decisión con respecto al inicio y continuación de la lactancia materna<sup>(26)</sup>.

## Referencias

1. World Health Organization. Breastfeeding. [Online]. Available from <http://www.who.int/topics/breastfeeding/>
2. Rojas G, Fritsch R, Guajardo V, Rojas F, Barroilhet S, Jadresic E. Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile*. 2010; 138: 536-542.
3. Pinheiro E, Bogen D, Hoxha D, Ciolino J, Wisner K. Sertraline and Breastfeeding: Review and Meta-Analysis. *Arch Womens Ment Health*. 2015 April; 18(2): 139-146.
4. Berle J, Spigset O. Uso de antidepresivos durante la lactancia. *Curr Women's Health*. 2011; 7: 28-34.
5. McClatchey A, Shield A, Cheong L, Ferguson S, Cooper G, Kyle G. Why does the need for medication become a barrier to breastfeeding? A Narrative review. *Women and Birth*. 2018 oct; 31(5): 362-366.
6. González G, et al. Depresión materna postnatal y su repercusión en el neurodesarrollo infantil: estudio de cohorte. *Rev. Chil. Pediatr*. 2017; 88(3): 360-366.
7. Chile Crece Contigo. Orientaciones técnicas para la atención en clínicas de lactancia materna Chile; enero 2018: pp38-66.
8. Ruud H, Verstegen J, Ito S. Drugs in Lactation. *J Obstet. Gynaecol. Res*. 2019

- March; 45(3): 522-531.
9. Cheston B, Van den Anker J. Safety during breastfeeding: Drugs, foods, environmental chemical, and maternal infections. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2013; 18: 13-18.
  10. Silva C, Lima M, Sequiera-de-Andrade L, Oliveira J, Monteiro J, Lima N, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *JPediatr (Rio J)*. 2017; 93(4): 356-364.
  11. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2010; 48(4): 260-278.
  12. Malo P, Prieto M, Oraá R, Zardoya M, Uriarte J, Pacheco L. Uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia. *Psiquiatr Biol*. 2018; 25(1): 20-
  13. Field T. Breastfeeding and antidepressants. *Infant Behavior & Development*. 2008; (31): 481-487.
  14. Jadresic E. Depresión Perinatal: Detección y Tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2014; 25(6): 1019-1028.
  15. Dois A. Actualizaciones en depresión postparto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(4): 576-586.
  16. Sriraman N, Melvin K, Meltzer-Brody S. ABM Clinical Protocol #18: Use of antidepressants in Breastfeeding Mothers. *Breastfeeding Medicine*. 2015; (10): 6:290-299.
  17. Datta P, Baker T, Hale T. Balancing the Use of Medications While Maintaining Breastfeeding. *Clin Perinatol*. 2019; 46: 367-382.
  18. Anderson P, Momper J. Clinical lactation studies and the role of pharmacokinetic modeling and simulation in predicting drug exposures in breastfed infants. *J Pharmacokinetic Pharmacodyn*. 2020 febrero; 10(17).
  19. Constanza M, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev.Med.Chile*. 2015; 143: 887-894.
  20. Stewart D, Vigod S. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu. Rev. Med*. 2019; (70): 183-196.
  21. Madridrejos R, Viñas A. Recomendaciones para el uso de medicamentos durante la lactancia. 2009; 21(9): 49-54.
  22. Tosounidou, Gordon C. Medications and pregnancy and breastfeeding. *Best Practice & Research Clinica Obstetric and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.010.007>.
  23. Dal Pizzol T, Cassia G, Vilaverdi M, Melo C, Tauana J, Giugliani C. Uso de medicamentos antidepresivos durante la lactancia: evaluación de la conformidad de los prospectos, respecto a fuentes bibliográficas basadas en evidencias científicas. *Cuadernos de Salud Pública*. 2019; 35(2): 1-7.
  24. McClary J. Principles of Drug Use During Lactation. 2020; (44): 717-721.
  25. Kronenfeld N, Baran T, Berlin M, Karra N, Dinavitsier N, Cohen R, et al. Chronic use of psychotropic medications in breastfeeding women: Is it safe? *PLOS ONE*. 2018 mayo; pp.9-12.
  26. Rossato N. Drogas y lactancia. Un conflicto frecuente. *Arch Argent Pediatr*. 2015; 113(1): 4-5.