

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EMBARAZO Y POSTPARTO

*“Las mujeres embarazadas se enferman, las mujeres enfermas se embarazan.”<sup>1</sup>*

### ¿QUÉ ES EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO?

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad. Las personas con TOC, tienen pensamientos repetidos y angustiantes denominados obsesiones. Con el fin de intentar controlar estas obsesiones, las personas con TOC sienten una necesidad imperiosa de realizar rituales o comportamientos, llamados compulsiones.

Algunos ejemplos de obsesiones son el miedo a los gérmenes o el miedo a lastimarse. Entre las compulsiones se incluye lavarse las manos, contar, revisar una y otra vez las cosas o limpiar. Esos ritos y pensamientos interfieren en sus vidas diarias.<sup>2</sup>

### ¿ES FRECUENTE EN LAS MUJERES?

En Argentina, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes a lo largo de la vida (16,4%), seguidos por los trastornos afectivos (12,3%), y ambos más frecuentes en mujeres que en varones. En este estudio, la prevalencia vital de TOC fue de 2,9%.<sup>3</sup> En las mujeres, según una revisión sistemática de estudios epidemiológicos internacionales, el TOC presenta una prevalencia anual (esto es, casos presentes en una población en 12 meses) del 0,5%.<sup>4</sup>

### ¿ES FRECUENTE EL TOC EN EMBARAZO Y POSTPARTO?

Una revisión reciente de diversos estudios de varios países, relacionados a la presencia de TOC en embarazo y postparto, mostró que las embarazadas y puérperas tienen aproximadamente 1,5 a 2 veces más posibilidades de presentar un TOC comparadas con la población general.<sup>5</sup>

### ¿QUÉ PASA SI UNA EMBARAZADA TIENE TOC E INTERRUMPE SU MEDICACIÓN?

El embarazo no protege de los trastornos mentales, y si una mujer en tratamiento psicofarmacológico interrumpe su medicación en el embarazo, presenta el mismo riesgo de recaída que si no estuviera embarazada. Por lo tanto, aquellas pacientes en tratamiento que quedan embarazadas deben consultar inmediatamente con el profesional tratante antes de interrumpir su medicación. La presencia de un trastorno de ansiedad no tratado en el embarazo representa un factor de riesgo para desarrollar tanto trastornos de ansiedad como depresión en el postparto. En el caso del TOC se asocia también a un deterioro en la calidad de vida de la mujer embarazada.<sup>6</sup> La ansiedad materna puede aumentar el riesgo de parto prematuro y bajo peso.<sup>7</sup>

En síntesis, la interrupción de un tratamiento en curso, que resulta eficaz para controlar la enfermedad, expone a la paciente a una recaída y al bebé a los efectos de la enfermedad no tratada, tanto en forma directa como indirecta, ya que una madre enferma, además de padecer, tiene más dificultades para cuidarse y cuidar el embarazo.

### ¿ES FRECUENTE EL TOC EN EL POSTPARTO?

Durante el postparto, es frecuente que aparezcan preocupaciones excesivas o ideas obsesivas acerca del cuidado del bebé, sin que representen enfermedad. Pero si estos síntomas interfieren en el funcionamiento o si la madre ya tenía un diagnóstico de TOC, el postparto aumenta el riesgo de aparición del trastorno al doble, comparadas con la población general.<sup>5</sup>

### ¿SE PUEDE USAR LA MEDICACIÓN EN EL EMBARAZO Y POSTPARTO?

Los riesgos a los que se enfrenta una mujer embarazada que padece un trastorno psiquiátrico pueden provenir tanto de la enfermedad como de su tratamiento. Por lo tanto, la controversia de medicar o no durante el embarazo debe resolverse en cada caso mediante un exhaustivo análisis de riesgos y beneficios, de modo de minimizar los primeros y maximizar los segundos.<sup>8</sup>

La medicación que suele utilizarse para el tratamiento del TOC, los antidepresivos IRSS (inhibidores de la recaptación selectivos de serotonina) han sido ampliamente estudiados en embarazadas y no han sido asociados, como grupo, a un aumento del riesgo de tener un bebé con malformaciones en mayor grado que lo esperable para la población general (1% a 3%).<sup>9</sup>

Tampoco representan un aumento del riesgo de tener un bebé con bajo peso o parto prematuro, en comparación con mujeres deprimidas y no medicadas.<sup>10</sup> En cuanto al momento del parto, el uso de estos antidepresivos se ha asociado a una mayor frecuencia de síndrome de mala adaptación neonatal, un cuadro autolimitado, similar al que pueden presentar los bebés nacidos por cesárea, que requiere algunas veces observación en neonatología.<sup>11</sup> Otra asociación hallada fue con el aumento del riesgo de

aparición de una condición infrecuente (hipertensión pulmonar neonatal persistente) en alrededor de 1 a 3 casos por 1000 expuestas, es decir, un riesgo absoluto bajo.<sup>12</sup>

Finalmente, la asociación del uso de estos fármacos con un aumento en el riesgo de tener un bebé con trastornos del espectro autista no pudo ser demostrada, y se atribuye mayormente a la carga genética o a la enfermedad materna (por ejemplo, depresión).<sup>13</sup>

En cuanto a la posibilidad de amamantar, la mayoría de los antidepresivos son compatibles con la lactancia (e-lactancia.org)

#### **En resumen:**

- Los trastornos de ansiedad son más frecuentes en las mujeres y en edad reproductiva.
- El TOC, uno de estos trastornos, es 1 a 2 veces más frecuente en embarazadas y puérperas que en mujeres fuera de estas etapas
- Sin tratamiento, representa un factor de riesgo para el adecuado desarrollo del embarazo y para la salud mental materna.
- Antes de interrumpir la medicación en el embarazo, es fundamental recibir asesoramiento sobre los riesgos y beneficios, tanto de tratar como de no tratar el TOC en esta etapa y en el postparto.

Más información:

<https://mothertobaby.org/es/>

[www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org)

<https://www.cdc.gov/pregnancy/meds/treatingfortwo/index.html>

<http://www.postpartum.net/en-espanol/>

Autora: Laura Lorenzo. Médica. Especialista en Psiquiatría.  
Psicofarmacología perinatal.

[www.epsire.com.ar](http://www.epsire.com.ar)

#### **Referencias**

1- Wisner KL, Jeong H, Chambers C. Use of Antipsychotics During Pregnancy: Pregnant Women Get Sick-Sick Women Get Pregnant. *JAMA Psychiatry*. 2016 Sep;73(9):901-3

2- <https://medlineplus.gov/spanish/obsessivecompulsivedisorder.html>

3- Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006 Feb;51(2):100-13

4- Cía AH, Stagnaro JC, Aguilar Gaxiola S, Vommaro H, Loera G, Medina-Mora ME, Sustas S, Benjet C, Kessler RC. Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Apr;53(4):341-350

5- Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013 Apr;74(4):377-85

6- Goodman JH, Chenausky KL, Freeman MP. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2014 Oct;75(10):e1153-84

7- Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, Huang K, Zhu P, Hao JH, Tao FB. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 2014 Apr;159:103-10

8- Lorenzo L & Levin M: Controversias en el uso de psicofármacos en el embarazo. En: "Controversias en Tratamientos Psicofarmacológicos". Ed Polemos, 2011

9- Furu K, Kieler H, Haglund B, Engeland A, Selmer R, Stephansson O, Valdimarsdottir UA, Zoega H, Artama M, Gissler M, Malm H, Nørgaard M. Selective serotonin reuptake inhibitors and venlafaxine in early pregnancy and risk of birth defects: population based cohort study and sibling design. *BMJ*. 2015 Apr 17;350:h1798

10- Mitchell J, Goodman J. Comparative effects of antidepressant medications and untreated major depression on pregnancy outcomes: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2018 Apr 11. doi: 10.1007/s00737-018-0844-z

11- Nörby U, Forsberg L, Wide K, Sjörs G, Winblad B, Källén K. Neonatal Morbidity After Maternal Use of Antidepressant Drugs During Pregnancy. *Pediatrics*. 2016 Nov;138(5)

12- Grigoriadis S, Vonderporten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Ross LE. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014 Jan 14;348:f6932

13- Andrade C. Antidepressant Exposure During Pregnancy and Risk of Autism in the Offspring, 1: Meta-Review of Meta-Analyses. *J Clin Psychiatry*. 2017 Sep/Oct;78(8):e1047-e1051