



Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital Universitario
Virgen de las Nieves
Granada

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL EMBARAZO.

José Carlos Mora Palma.

16/03/17

INTRODUCCIÓN.

La gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones. Esta nueva situación genera ansiedad y niveles elevados de estrés, lo que favorece la aparición o agudización de trastornos psicopatológicos (depresión y ansiedad son los dos más frecuentemente asociados).

Esta patología ha recibido menos atención en el periodo prenatal que en el postparto en cuanto a estudio y tratamiento, ya que: tendemos a dar más importancia a la salud física (materna y fetal) durante el embarazo; Atribuimos frecuentemente las quejas emocionales a los cambios físicos y hormonales que ocurren durante el embarazo; Muchas mujeres pueden ser reacias a compartir los síntomas de tristeza e irritabilidad debido al estigma asociado con la depresión y a la discrepancia entre la expectativa de felicidad de las mujeres durante el embarazo (y el período posparto) y su propia experiencia.

Es importante hacer un adecuado abordaje de la patología psiquiátrica, ya que se han observado consecuencias obstétricas directas e indirectas, como¹:

- Nutrición materna inadecuada y aumento de peso, aumento del consumo de alcohol, abuso de sustancias y tabaquismo.
- Acceso a los servicios perinatales con retraso o con menor frecuencia, o no consultar en caso de eventos urgentes. Otros casos registran un aumento de las visitas a nuestros servicios (principalmente desencadenadas por el miedo al embarazo en sí o al parto).

- Efectos sobre el feto: muerte fetal, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, bajas puntuaciones de APGAR, microcefalia, determinadas anomalías congénitas, alteraciones en el desarrollo cognitivo, y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia.
- Mayor incidencia de depresión postnatal.

MANEJO GENERAL.

El manejo de la patología psiquiátrica debe ser objeto de los profesionales especialistas en este área. Por esta razón podríamos afirmar que salvo la ansiedad, todas las patologías psiquiátricas (tanto antiguas como de nueva aparición) serían subsidiarias de remitir al especialista en Psiquiatría, bien de carácter urgente u ordinario.

Sin embargo, dado que en nuestra práctica diaria nos encontraremos con pacientes con este tipo de trastornos, debemos ser capaces de: identificarlos y poder aplicar las bases para el diagnóstico de los mismos (ya que en muchas ocasiones no habrán sido diagnosticados y pueden debutar durante la gestación); conocer las opciones terapéuticas más adecuadas a las que podemos recurrir durante el embarazo, así como la repercusión que puede tener sobre la gestación y el postparto el hecho de iniciar/mantener o suspender la medicación; saber actuar ante las situaciones de urgencia que pueden acontecer.

Es muy importante que establezcamos un adecuado **diagnóstico diferencial**, ya que existen determinados cuadros orgánicos que pueden manifestarse de manera similar y que debemos descartar ante una paciente con síntomas psiquiátricos.

Las pruebas complementarias que podemos solicitar para hacer el diagnóstico diferencial serán²:

1. Analítica sanguínea urgente:
 - Hemograma completo.
 - Perfil renal: creatinina, nitrógeno ureico.
 - Ionograma básico (sodio, potasio, calcio).
 - Perfil hepático: GGT, GOT, GPT. Amonio plasmático si se sospecha encefalopatía hepática.
 - Gasometría arterial.
 - Parámetros de función tiroidea (cuando los haya disponibles de urgencia)
 - Niveles plasmáticos de sustancias exógenas.
2. Analítica urinaria básica.
3. Electrocardiograma.
4. Electroencefalograma.
5. Pruebas de neuroimagen (TAC, RMN, TAC helicoidal, según disposición en cada servicio de urgencias).
6. Radiografía de tórax y abdomen.
7. Punción lumbar.
8. Si el laboratorio de urgencias lo ofrece: velocidad de sedimentación globular, valores séricos de vitaminas, prolactinemia.

1. TRASTORNOS POR ANSIEDAD.

1.1. Epidemiología

Se diagnostican en el 4-39% de las mujeres embarazadas y las tasas de prevalencia son aún mayores si también se consideran trastornos comórbidos.

De hecho, el **trastorno de ansiedad generalizada perinatal (TAG)** tiene una alta prevalencia del 8,5% -10,5% durante el embarazo y del 4,4% -10,8% después del parto, tasas incluso superiores que en la población general (1,2% a 6,4%)^{3,4}.

1.2. Repercusiones materno-fetales .

Los datos disponibles sugieren que el TAG materno influye negativamente en el desarrollo neurológico y el crecimiento del lactante.

- Uguz et al descubrieron que el TAG materno durante el embarazo condujo a niveles significativamente menores de factor neurotrófico derivado del

cerebro fetal que podría tener un impacto negativo en el neurodesarrollo del feto⁵.

- Un meta-análisis reciente y una revisión sistemática sugirieron que había una asociación modesta pero estadísticamente significativa entre la ansiedad materna durante el embarazo y un mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer⁶.

1.3. Formas clínicas.

1. Trastorno de pánico o de angustia.

Presencia de crisis de pánico o angustia, inicialmente espontáneas y que tienden a repetirse con una periodicidad irregular.

En ellas se presentan con intensidad extrema algunos de los siguientes síntomas (por orden de frecuencia): palpitaciones o taquicardia, disnea o sensación de ahogo, miedo a la muerte, mareo, temblor, sudoración, molestias precordiales, sensación de frío o calor, náuseas o dolores abdominales, parestesias.

2. Trastorno de ansiedad generalizada.

Estado de preocupación excesiva crónica ante sucesos de la vida cotidiana, que suele acompañarse de síntomas somáticos provocando malestar en el sujeto o un mal funcionamiento social o laboral. Esta “ansiedad generalizada” es patológica y desproporcionada en relación con los estímulos que la desencadenan.

Actitud diagnóstica ante la ansiedad en el embarazo.

Es necesario identificar de manera correcta y temprana de los estados de ansiedad en sí mismos, tanto en grado de intensidad como en duración de los mismos.

Tenemos a nuestra disposición multitud de escalas para la detección de la ansiedad. Sin embargo, según la evidencia actual parece ser que la escala que actualmente identifica de manera más fiable este aspecto durante la gestación es la **escala de detección de ansiedad perinatal (PASS)**.

Permite evaluar la severidad y orientar nuestra actuación según los resultados obtenidos: ansiedad mínima (puntuación PASS de 0 a 20), ansiedad leve a moderada (puntuación de 21 a 41) y ansiedad severa (puntuación de 42 a 93)⁷.

1.4. Ansiedad relacionada con el embarazo, asociada al embarazo (Pregnancy-related Anxiety: PrA).

Constituye un concepto **distinto** de la ansiedad general y la depresión y está más fuertemente asociada con los resultados maternos e infantiles. La evaluación de la PrA ha sido limitada, principalmente debido a su pobre conceptualización y a la necesidad de una escala diagnóstica adecuadamente desarrollada como para no subestimar esta entidad y saber identificarla en los casos en los que aparece.

Se propone definir la PrA como: “nerviosismo y temor sobre la salud del feto, la salud y apariencia de la madre, la experiencia con el sistema de salud, las cuestiones sociales y financieras en el contexto del embarazo, el parto y la crianza de los hijos junto a la existencia de síntomas somáticos. Consecuentemente, en los casos graves de ansiedad se pueden asociar alteraciones comportamentales como actitudes negativas, búsqueda excesiva de seguridad y evitación de determinados comportamientos”⁸.

Repercusiones materno-fetales de la PrA.

En algunas ocasiones, el umbral de ansiedad llega a ser tan elevado que supone consecuencias muy negativas para el estado general de la gestante. Son las siguientes:

- Actitudes negativas y dificultad para concentrarse: ser impaciente, estar constantemente angustiada y sensación de no poder ser capaz de esperar al nacimiento del recién nacido.
- Comportamientos excesivos de búsqueda de reafirmación, comportamientos de búsqueda de tranquilidad del transcurso del embarazo y estado del feto: recuento obsesivo de movimientos fetales visitas médicas recurrentes, solicitudes de realización de pruebas ecográficas frecuentemente, de realización de cesárea como método de finalización de gestación.
- Comportamientos de evitación: no querer hablar sobre el embarazo, actuar como si no estuvieran embarazadas, no revelar su estado a otras personas, ocultarse en público, despersonalización o evitar determinados procedimientos médicos.

Diagnóstico de la PrA.

Ninguna de las escalas que se utilizan habitualmente para el diagnóstico de la ansiedad cubre adecuadamente todos los elementos que definen a la PrA.

Contando con esta limitación y tras varias revisiones al respecto, existirían dos que reflejarían de manera más precisa aquellas características definitorias de esta entidad^{8,9}:

- **“Pregnancy-Related Anxiety Scale” (PRAQ-Q2)**, sería la más precisa de todas al bordar más dimensiones del concepto.
- **“Pregnancy Outcome Questionnaire” (POQ)**: para establecer la gravedad.

1.5. Manejo de la ansiedad durante la gestación.

- Tratamiento agudo de la ansiedad: se utilizan las **benzodiazepinas**, especialmente las de vida media corta. Derivaremos a la paciente a valoración psiquiátrica cuando presente patrones de comorbilidad de difícil manejo.
- Tratamiento a medio-largo plazo:
 - Para grados leves: **terapia cognitivo-conductual**, técnicas de relajación, mindfulness...
 - Para grados moderados y severos : farmacoterapia con **antidepresivos** junto a **terapia cognitivo-conductual**. Estos casos requerirán supervisión psiquiátrica. Siempre serán preferibles las modalidades de monoterapia e iniciar el tratamiento a la dosis mínima eficaz, aumentando si fuera necesario. Es importante evitar la interrupción brusca de los fármacos⁴.

Opciones terapéuticas.

- **Terapia cognitiva conductual**: elección de primera línea para el tratamiento de la ansiedad leve y moderada. La efectividad de la TCC en el tratamiento de los trastornos de ansiedad ha sido bien establecida en la población general, con tasas de mejoría estimadas entre 34% y 68%.
- **Mindfulness y técnicas de relajación**.
- **Benzodiacepinas**: eficaces para tratar rápidamente la ansiedad y la insomnio durante el embarazo, especialmente en los episodios agudos (ya que los

antidepresivos requieren varias semanas para el inicio de su acción). No se debe considerar un uso continuado de las mismas por el riesgo sustancial de dependencia, abuso y abstinencia. En cuanto al poder teratogénico de las mismas, según las últimas revisiones no se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre su consumo y la aparición de defectos en el feto, pudiendo considerarse seguras. Esto no coincide con las tendencias anteriores, que otorgaban a la ingesta de estos medicamentos un mayor riesgo de malformaciones mayores en el paladar y los labios (fisura labial y palatina) en comparación con los niños no expuesto, dato que no se han confirmado por las investigaciones recientes^{3,4,10}.

- Durante el primer trimestre: el diazepam y el clordiazepóxido parecen ser las benzodiazepinas más seguras.
Cierta precaución en la prescripción de clonazepam y lorazepam en el primer trimestre del embarazo debido a los informes de mayor riesgo de malformaciones. En cualquier caso, hay que decir que el riesgo absoluto sigue siendo bajo (menos del 1%). Los datos relativos al riesgo durante el embarazo temprano asociados a la exposición de alprazolam son todavía muy escasos.
- En el segundo trimestre: uso preferente de aquellas con vida media corta (alprazolam, lorazepam, lormetazepam, oxazepam, temazepam) con el fin de reducir la exposición a sus metabolitos activos (incremento en las tasas de partos prematuros y bajo riesgo de peso al nacer). Además, pueden elevar el riesgo de síntomas de abstinencia neonatal, y se han asociado con la aparición del síndrome del niño flexible “floppy infant syndrome”: baja puntuación de APGAR, hipotermia, hipotonía muscular y respuesta lenta a temperaturas frías.
- **Antidepresivos:** *(ver en opciones farmacológicas para los trastornos depresivos).*

2. TRASTORNOS DEPRESIVOS.

2.1. Epidemiología.

La depresión franca durante el embarazo se ha cuantificado en diversas series entre el 11 y el 17%, con cifras del 8%-12% en los episodios depresivos mayores y de hasta el 20% en casos que no cumplen los criterios necesarios para el diagnóstico del anterior. En general se trata de depresiones asociadas a los síntomas de ansiedad, que aparecen con mayor frecuencia en mujeres con neurosis preexistentes pero no exclusivamente, pues pueden ser la primera manifestación psicopatológica en una mujer sin antecedentes psiquiátricos^{1,2}.

A pesar de que la depresión prenatal es una condición médica seria, no ha logrado conseguir un esfuerzo diagnóstico y terapéutico tan fuerte como lo ha recibido la depresión postnatal.

2.2. Posibles repercusiones materno-fetales¹¹.

- Comportamientos deficientes en la salud, como son: mal cumplimiento de la atención prenatal, aumento del hábito tabáquico y del abuso de sustancias, mala nutrición, falta de ejercicio y falta de vitaminas prenatales y medicamentos prescritos.
- Aumento de incidencia de ideación suicida.
- Consecuencias que repercuten directamente sobre el desarrollo de la gestación:
 - los estudios han informado de alteración de la respuesta fetal a la estimulación vibroacústica, de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, de la actividad motora y del comportamiento y el desarrollo.
 - parto prematuro (aproximadamente el 12% de los embarazos) y bajo peso al nacer (8% de los embarazos): ambas condiciones suponen una mayor morbilidad neonatal y consecuencias negativas a largo plazo para el desarrollo.

2.3. Diagnóstico y formas clínicas.

- **Trastorno adaptativo con ánimo depresivo:** aparece ante un factor o acontecimiento estresante (como en este caso sería la gestación), con una intensidad normalmente leve y que se resuelve cuando el sujeto consigue resolver el evento (porque desaparezca o porque se adapte).
- **Trastorno de depresión mayor:**
 - Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo (al menos uno de los síntomas es: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer): estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días; Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades; Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días; Insomnio o hipersomnia; Agitación o retraso psicomotor (sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento); Fatiga o pérdida de energía; Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante); Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones; Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
 - Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- **Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1).**
 - Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Hemos de descartar siempre la existencia de:

- **Ideas delirantes: depresión psicótica o delirante.** Si existe este aspecto psicótico hemos de tener en cuenta que el riesgo de suicidio es mayor y se precisa de ingreso hospitalario obligatoriamente.
- **Ideas y pensamientos relacionados con la muerte.**

2.4. Manejo.

Nuestra actuación se determinará según el supuesto individual ante el que nos encontremos¹²:

- Consejo preconcepcional:
 - Paciente con síntomas suicidas o psicóticos agudos: debe ser remitida rápidamente a un psiquiatra para un tratamiento agresivo. En tales casos, es prudente que la paciente espere un período de tiempo después de haber alcanzado la eutimia antes de intentar concebir.
 - Paciente con síntomas moderados-severos: su médico debe considerar seriamente la continuación y la optimización de su medicación antidepresiva. Es prudente aconsejar al paciente que espere un período de tiempo antes de concebir en este caso también. Si bien es difícil especificar una duración exacta u óptima de tiempo para todos los pacientes, directrices como las de la Agencia para la Calidad de la Salud y la Investigación, sugieren que el tratamiento antidepresivo para un primer episodio agudo de depresión debe durar por lo menos 6-12 meses.
 - Paciente con síntomas leves o inexistentes durante 6 meses o más: pueden ser candidatos a la reducción del medicamento y la interrupción antes de la concepción. Generalmente, si se va a proceder a la interrupción del tratamiento farmacológico, es preferible una disminución lenta tal como un 25% de reducción en la dosis cada 1-2 semanas con una estrecha vigilancia de los síntomas de recaída o discontinuación. En los casos de antecedentes de trastornos depresivos mayores severos recurrentes, psicosis, enfermedad bipolar, comorbilidad psiquiátrica que requiere farmacoterapia o antecedentes de un intento serio de suicidio puede que la retirada de la medicación no sea tan aconsejable.
- Gestante que se encuentra sin tratamiento de mantenimiento cuando se diagnostica el embarazo.
 - Paciente con síntomas suicidas o psicóticos: el psiquiatra debe valorar a la gestante urgentemente y optimizar su farmacoterapia. Si es posible, el psiquiatra debe evitar el primer trimestre de uso de agentes antiepilépticos y tener especial precaución con los antipsicóticos atípicos y antidepresivos. paso adicional es evaluar si el paciente consideraría la farmacoterapia.

- En el resto hay que evaluar los síntomas de la paciente, los antecedentes, sus preferencias terapéuticas, el perfil de seguridad de los medicamentos y la edad de gestación. Así, los casos con síntomas leves y con bajo riesgo de recaída pueden beneficiarse de la psicoterapia y prescindir de tratamiento farmacológico.
- Gestante en tratamiento actual o reciente con antidepresivos.
 - Gestante psiquiátricamente estable que:
 - ✓ prefiere la continuación de la medicación: el psiquiatra, el obstetra y la paciente tendrán que evaluar las cuestiones de riesgo/beneficio y documentar esta discusión con la historia clínica y antecedentes.
 - ✓ está dispuesta a considerar suspender la medicación y actualmente no tiene síntomas ni antecedentes graves: puede ser apropiada la reducción del medicamento. Siempre bajo un seguimiento de los síntomas y signos que puedan sugerir una recaída.
 - Gestantes con antecedentes de depresión severa recurrente, aunque estén asintomáticas o mínimamente sintomáticas: deben continuar con la farmacoterapia y si no fuera suficiente, aumentar las dosis y considerar psicoterapia. Esto es así porque corren un alto riesgo de recaída si se suspende la medicación. En un estudio de cohorte prospectivo de mujeres que sufrieron de depresión recurrente, el riesgo de recaída fue seis veces mayor si decidieron interrumpir el tratamiento antidepresivo durante el embarazo en comparación con las mujeres que continuaron el tratamiento a la misma dosis durante el embarazo¹³.

Opciones terapéuticas^{12,14}.

- **Psicoterapia:** la terapia cognitivo-conductual (TCC) o la psicoterapia interpersonal (IPT) han demostrado ser eficaces para la depresión en gestantes. Serían candidatas para ello las pacientes con depresión leve-moderada, logrando evitar la mediación. También sería de utilidad en aquellas con síntomas residuales, alto riesgo de recaída o con condiciones comórbidas como el trastorno de pánico.

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS:** paroxetina, fluoxetina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram, sertralina). Son los antidepresivos más prescritos durante el embarazo. Una serie de estudios destinados a evaluar la teratogénesis de los ISRS y otros antidepresivos produjeron resultados inicialmente controvertidos y conflictivos.
 - La paroxetina confiere un mayor riesgo de malformaciones fetales (defectos cardíacos en particular). En caso de que durante la gestación la paciente esté tomando este fármaco hay que valorar la sustitución del mismo por otro. Si este es el único antidepresivo que ha probado, la sustitución puede ser razonable; Sin embargo, la sustitución siempre conlleva el riesgo de recaída. Si solo ha respondido a la paroxetina después probar con otros fármacos que no fueron eficaces, la sustitución se hace difícil de justificar.
 - La fluoxetina, la fluvoxamina, el citalopram y el escitalopram no parecen estar implicados en el riesgo de anomalías congénitas. Sí se ha descrito un riesgo del 0.2% de atresia anal en los fetos expuestos a sertralina.
 - Parece que no hay relación causal entre los ISRS y el aborto espontáneo, y el aumento del riesgo es probablemente debido a factores diferentes, como el trastorno del estado de ánimo o el estilo de vida (fumar, beber). Además, no se ha observado un mayor riesgo al aumentar la dosis de los ISRS.
 - Las complicaciones perinatales documentadas más frecuentes son: bajo peso al nacer, parto prematuro, baja puntuación APGAR, síndrome de abstinencia neonatal (especialmente en los de vida media larga como fluoxetina).
 - Hipertensión pulmonar persistente en los lactantes: efecto adverso potencial de la terapia antidepresiva. Su incidencia en la población general es de 1,9 de cada 1.000 recién nacidos. En esta patología la resistencia vascular pulmonar no disminuye después del nacimiento y el conducto arterioso permanece permeable para asegurar la circulación en los pulmones, lo que causa hipoxemia severa, trastornos cardiorrespiratorios y acidosis. En 2006, la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos alertó a los médicos acerca de una asociación potencial entre el uso materno de ISRS durante el embarazo y la hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Tal advertencia fue revisada en 2011, cuando se determinó que, dados los resultados controvertidos, no era posible suponer razonablemente que

existiera una conexión entre el uso de ISRS en el embarazo y la hipertensión pulmonar neonatal. El riesgo de hipertensión pulmonar persistente del recién nacido aumenta con la exposición a los ISRS a partir de las 20 semanas de gestación, pero no con la exposición en el primer trimestre del embarazo. Sin embargo, es importante considerar que la baja incidencia de este fenómeno en la población general (0,1-0,2%) hace que el riesgo absoluto asociado con la exposición a los ISRS sea relativamente bajo (0,3-1,2%).

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (ISRSN: duloxetina, venlafaxina):** los limitados datos disponibles sugieren que son relativamente seguros durante el embarazo, en particular en lo que respecta a las malformaciones mayores.
- **Antidepresivos Tricíclicos** (amitriptilina, imipramina, nortriptilina): no están indicados durante el embarazo debido a los efectos secundarios no deseados para la madre, que pueden ser perjudiciales para la gestación: estreñimiento, hipotensión arterial, aumento de peso, sedación excesiva y taquicardia. La mayoría de los estudios no han demostrado Asociación entre el uso de TCA en el embarazo y malformaciones estructurales.
- **Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO: tranilcipromina):** importantes efectos secundarios maternos (crisis hipertensivas).
- **Bupropión:** existen pocos estudios disponibles, los cuales informan de asociación de la exposición durante el primer trimestre con un mayor riesgo de desarrollar un defectos del tabique interventricular.
- **Terapia Electroconvulsiva (TEC):** se ha considerado durante mucho tiempo como un tratamiento seguro y eficaz para la depresión grave en el embarazo, especialmente cuando el trastorno depresivo es potencialmente mortal o no responde a los fármacos antidepresivos. Hay poca evidencia de que sea perjudicial para la mujer o el feto cuando ambos son cuidadosamente monitorizados.

Estaría indicada en pacientes que no han respondido a la terapia antidepresiva o que son psicóticos, suicidas o con discapacidad grave. Pacientes con depresión severa pueden preferir la terapia electroconvulsiva debido a la rapidez de respuesta a esta modalidad.

3. TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS.

3.1. Epidemiología.

El período posparto es inequívocamente un momento vulnerable para el inicio o la recurrencia (el de mayor riesgo de toda la vida), de ahí la importancia de hacer un correcto manejo durante la gestación: el 50-70% de las mujeres con este diagnóstico experimentan un episodio de alteración del estado de ánimo postparto¹⁵.

3.2. Diagnóstico y formas clínicas.

- **Trastorno bipolar I:** se han cumplido los criterios al menos para un **episodio maníaco**. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido **episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor**.
- **Trastorno bipolar II:** se han cumplido los criterios al menos para un **episodio hipomaníaco** y al menos para un **episodio de depresión mayor**.
- **Trastorno ciclotímico:** durante dos años como mínimo han existido numerosos períodos con **síntomas hipomaníacos** que **no** cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con **síntomas depresivos** que **no** cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

3.3. Manejo.

Los episodios de recurrencia de la enfermedad se darán en el 66% de las mujeres si no están medicadas y el 23% si están con medicación profiláctica. Además, la probabilidad de recaída aumenta si el trastorno bipolar es grave y existen episodios recientes de la enfermedad. Los estabilizadores del ánimo profilácticos pueden reducir significativamente este riesgo, pero añaden el problema de la seguridad de los medicamentos durante el embarazo. Sin embargo, no contamos con muchos datos sobre el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico del trastorno bipolar durante el embarazo. Los que existen se han centrado principalmente en la seguridad del uso de medicamentos y, en cierta medida, en los efectos de la interrupción de los estabilizadores del estado de ánimo en los patrones de recurrencia durante el embarazo.

Se pueden considerar tres estrategias farmacológicas, dependiendo de la gravedad del trastorno bipolar del paciente, del riesgo de recurrencia y de sus circunstancias psicosociales^{15,16}.

- Gestaciones con bajo riesgo de recidiva: pacientes que han tenido pocos episodios del trastorno, largos períodos de estabilidad del estado de ánimo (al menos un año), bajo riesgo de auto-daño, buena red de apoyo, y son capaces de identificar signos de alerta temprana, junto con una estrategia para buscar ayuda temprana:
 - Gestación planificada: preconcepcionalmente (en un momento de estrés mínimo y la época del año cuando la recaída es improbable, antes de la concepción) se procederá a una disminución gradual de la dosis (más de dos a seis semanas) hasta llegar a interrumpir el tratamiento con el estabilizador del estado de ánimo.
 - Gestación no planificada: posibilidad de considerar una disminución más gradual de la medicación.
- Gestaciones con riesgo moderado-alto de recidiva o características severas de trastorno bipolar, se consideran varias opciones:
 - **Profilaxis parcial**: el objetivo es mantener a la gestante sin medicación durante el primer trimestre después de suspender los estabilizadores del estado de ánimo antes de la concepción.
 - **Profilaxis completa**: se establecerá medicación durante todo el embarazo. La lamotrigina se ha recomendado para el tratamiento de mantenimiento, especialmente en mujeres con predominio de recaídas depresivas debido a sus efectos protectores contra la depresión bipolar, la tolerabilidad general y la seguridad relativa.
- En los episodios de manía:
 - De acuerdo con las directrices de NICE, las mujeres que requieren una actuación urgente deben ser tratadas con un **medicamento antipsicótico o una benzodiacepina con una vida media corta** a una dosis mínimamente eficaz.
 - Realizar una correcta evaluación de la adherencia al tratamiento y aumentar dosis de mantenimiento si fuera necesario.

- El tratamiento con neurolépticos atípicos se recomienda para las mujeres que en ese momento no están recibiendo este tipo de medicamento.
- El litio debe ser considerado si hay una falta de respuesta al aumento de la dosis, cambio de la medicación, o si la manía es severa.
- La terapia electroconvulsiva (ECT) se recomienda para las mujeres que no responden al litio, tienen un episodio psicótico o suicida.
- En los episodios depresivos: los **estabilizadores del ánimo** deben ser preferidos a los antidepresivos en pacientes con depresión. Las mujeres que estén tomando antidepresivos requieren vigilancia vigilante debido al mayor riesgo de desarrollar episodios de (hipo) manía o depresión.

Opciones terapéuticas.

- Los **antipsicóticos atípicos** (quetiapina, clozapina, olanzapina, risperidona, paliperidona, ziprasidona, amisulpiride, aripiprazol, sertindol): se utilizan como alternativas en el tratamiento del trastorno bipolar. Generalmente se consideran seguros para su uso durante el embarazo; Sin embargo, pueden aumentar el riesgo de diabetes gestacional y macrosoma. Por ello, la olanzapina y la clozapina requieren monitorización de los niveles de glucemia.
- La **lamotrigina** presenta un riesgo menor durante el embarazo, con un 2,7% de anomalías congénitas datadas. Se ha recomendado para el tratamiento de mantenimiento, especialmente en mujeres con predominio de recaídas depresivas. Sin embargo, tiene una eficacia limitada en la prevención de la manía.
- El **litio** es el estabilizador del estado de ánimo más eficaz, con eficacia demostrada en la profilaxis de la recaída posparto, y debe ser considerado para las mujeres con el desorden bipolar severo. Tendremos que tener en cuenta durante el embarazo:
 - La guía NICE aconseja no prescribir litio a las mujeres que actualmente están embarazadas, a menos que otros medicamentos no hayan sido efectivos o que la manía sea severa.
 - Si ha habido una buena respuesta en los 4-6 meses antes del embarazo, el litio puede reducirse gradualmente en el embarazo temprano.

- Se recomienda control con ecocardiografía fetal la ecografía de nivel 2: el riesgo absoluto para la anomalía de Ebstein es bajo, a pesar de tener un mayor riesgo relativo. Existe un mayor riesgo de otras anomalías cardíacas; Sin embargo, las tasas (odds ratio [OR]: 4.75) son menores de lo que se pensaba previamente
- La monitorización de los niveles séricos de litio durante el embarazo es esencial para la seguridad de la paciente y del feto. Es esencial mantener un nivel terapéutico de 0,6-0,8mmol/L y supervisar las pruebas tiroideas y de función renal.
- Reducir la dosis de litio en un 25% alrededor de las 38 semanas de gestación reducirá el riesgo de que el lactante tenga altos niveles de litio en suero; Sin embargo, una dosis terapéutica completa debe ser restaurada inmediatamente después del parto.
- **Ácido valproico:** el 10-11% de los niños expuestos durante la gestación presentarán malformaciones congénitas mayores, por lo que no debe utilizarse como estabilizador del estado de ánimo de primera línea en las mujeres en edad fértil.
- La **carbamazepina** también está relacionada con anomalías fetales, pero no con deficiencias intelectuales.

4. ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS.

4.1. Epidemiología.

La principal edad de inicio de la esquizofrenia en las mujeres es durante los años de edad fértil (25-35 años). El 50- 60% de estas mujeres quedarán embarazadas, siendo la mitad de estos embarazos no planeados¹⁷.

4.2. Clínica.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y deteriorante, que se caracteriza por alteraciones en el pensamiento, la conducta y el lenguaje, en la que es muy llamativa la alteración tanto de la afectividad (inapropiada, aplanada) y la

preservación de la memoria y la orientación. En caso de duración menor a un mes estaremos ante un trastorno psicótico breve. En su transcurso pueden aparecer tanto alucinaciones como ideas delirantes.

El trastorno delirante (o paranoia) aparece con el delirio casi como único síntoma, sin existir alucinaciones ni deterioro de la personalidad. El más frecuente es el delirio de persecución.

4.3. Posibles repercusiones materno-fetales.

Se ha asociado a múltiples complicaciones obstétricas: prematuridad, bajo peso al nacer, fetos pequeños para edad gestacional, muerte fetal y Apgar bajos.

No está claro si estos resultados son debidos a la propia enfermedad o a problemas que pueden ocurrir durante el embarazo.

Además, las mujeres con esquizofrenia son más propensas a no asistir a citas prenatales, comer mal, fumar más y abusar del alcohol o drogas ilegales¹⁷.

4.4. Manejo.

En el manejo terapéutico de la esquizofrenia se establece una confrontación de intenciones muy similar al resto de patologías psiquiátricas: los posibles efectos negativos de tomar la medicación y la decisión de finalizar o iniciar/continuar la terapia farmacológica.

En la esquizofrenia, la interrupción de la medicación probablemente dará lugar a una recaída de la enfermedad (revisiones de estudios relevantes han concluido que en períodos de seguimiento de hasta 2 años, la recidiva de la enfermedad en los pacientes que se han retirado de los antipsicóticos se produce en alrededor del 50%, mientras que para las personas que han continuado con la medicación es de aproximadamente 15%)¹⁸. Además, el riesgo de recaída es mayor con la supresión abrupta en comparación con una retirada gradual.

Las pautas de actuación establecidas son las siguientes¹⁷:

- En caso de agitación aguda peligrosa que requiera intervención previa a la llegada del especialista, se podrá inmovilizar a la paciente y administrar una

ampolla de haloperidol intramuscular. En el caso de que no fuera suficiente, se podría añadir una ampolla de **Diazepam**.

- Si una mujer con esquizofrenia está planeando embarazo, deben ser revisados cuidadosamente su historial psiquiátrico y su respuesta al tratamiento. Si ha permanecido estable durante muchos años con dosis muy pequeñas de una medicación antipsicótica, podría interrumpirla. Sin embargo, puede conllevar más riesgo abandonar el tratamiento que continuar con él. Si la mujer decide suspender su medicación debe establecerse un calendario para su interrupción gradual y seguirse muy de cerca durante el embarazo.
- Si la gestación no ha sido planificada o si sí lo ha sido pero la paciente ha decidido continuar con la medicación: hemos de prescribir la dosis eficaz más baja y administrar en dosis divididas. Frecuentemente las dosis necesitará aumentarse más tarde en el embarazo (ya que hay cambios adicionales en las relaciones de peso, metabolismo, excreción y grasa). La medicación antipsicótica Depot no debe iniciarse en el embarazo debido a la falta de flexibilidad en la dosificación. El psiquiatra debe trabajar en estrecha colaboración con el obstetra para asegurarse de que no se interrumpe la medicación y se controle adecuadamente el embarazo.

Con respecto a la seguridad y eficacia del uso de medicamentos antipsicóticos en pacientes esquizofrénicas durante el embarazo. En las revisiones más actuales, los resultados informan de que la mayoría de los medicamentos antipsicóticos utilizados para tratar esta enfermedad parecen ser relativamente seguros para el uso durante el embarazo y la lactancia.

- Antipsicóticos típicos (haloperidol, clorpromazina, levopremazina, flufenazina)

En cuanto a efectos teratogénicos, muchos de los estudios realizados no encontraron aumentos en este tipo de eventos. Altshuler en su meta-análisis encontró una tasa de malformaciones congénitas de 2 a 2,4% de los niños expuestos a antipsicóticos típicos, pero no hubo un patrón específico de anormalidad y las tasas detectadas fueron inferiores a la tasa normal del 3% en la población general.

Algunos autores sí evidenciaron un mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer, pero no se pudo establecer claramente si se debían a la medicación o al propio transcurso de la enfermedad. En el neonato sí se han documentado signos extrapiramidales y con el uso de prometazina aparición de un cuadro de depresión respiratoria y de alteración de la agregación plaquetaria.

- Antipsicóticos atípicos (quetiapina, clozapina, olanzapina, risperidona, paliperidona, ziprasidona, amisulpiride, aripiprazol, sertindol):

Aunque se dispone de información limitada sobre clozapina, olanzapina, quetiapina y risperidona, no hay pruebas concluyentes de un mayor riesgo de teratogénesis. Sin embargo, puede haber un riesgo indirecto ya que el uso de atípicos durante el embarazo puede conducir a un **aumento de peso** que, a su vez, puede aumentar el riesgo hipertensión, preeclampsia y diabetes gestacional. Por ello, es esencial la detección regular de la diabetes gestacional y se debe intentar evitar el aumento de peso excesivo.

En general, las mujeres embarazadas con tratamiento neuroléptico (más en neurolépticos típicos) pueden presentar efectos extrapiramidales, por ello deben recibir suplementos de calcio, que ha demostrado reducir estos síntomas. Si aún así aparecen estos efectos secundarios la medicación más segura es el Propranolol 10 mg, que mejora la inquietud pero no siempre es efectivo para otros síntomas. Si efectos extrapiramidales graves, fiebre, rigidez o hipertensión, se recomienda suspender la medicación antipsicótica y remitir al especialista.

5. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS.

5.1. Clínica.

La característica esencial del trastorno obsesivo compulsivo es la presencia de pensamientos obsesivos y/o actos compulsivos.

- Las obsesiones más frecuentes serían: contaminación, duda patológica, impulsos agresivos, imágenes sexuales, necesidad intensa de orden y simetría, desagrado con la fisiología, religión.

- Las compulsiones más frecuentes se manifiestan como conductas (lavado de manos, comprobación, orden, exigencias de certeza, actos de carácter repetitivo) o como actos mentales (contar, repetir palabras, rezar).

5.2. Manejo.

Dado a su curso crónico, lo más adecuado es que ante un empeoramiento en el curso del trastorno sea el psiquiatra el que lo valore.

De manera general, para los casos en los que predomine el componente obsesivo el tratamiento se base en ISRS a altas dosis como primera opción, y si no fuera suficientemente efectivo iniciar tratamiento con clomipramina.

Si el elemento compulsivo es el que prevalece, es de elección la psicoterapia cognitivo-conductual².

6. TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS.

6.1. Epidemiología.

Aproximadamente el 1% de todas las mujeres embarazadas tienen un diagnóstico previo de un trastorno alimentario importante.

Para el diagnóstico los principales trastornos contamos con varias pruebas psicológicas a nuestra disposición: las dos más utilizadas son el **Eating Attitudes Test (EAT)** y el **Inventario de trastornos alimentarios (EDI)**. El EDI se encuentra actualmente en su tercera revisión e incluye subescalas y parámetros que permiten una interpretación ampliada. La validez y fiabilidad para el EDI-2 y el EDI-3 son altas.

6.2. Anorexia nerviosa.

Epidemiología.

La incidencia estimada durante el embarazo es aproximadamente del 1%. La incidencia real no se conoce porque muchas mujeres embarazadas con un trastorno

alimenticio importante (especialmente las adolescentes), tienden a ocultar su embarazo, trastorno alimentario o ambos.

Clínica.

Se caracteriza por la disminución excesiva de peso (que alcanza grados de desnutrición grave) debida a una restricción voluntaria de la ingesta motivadas por una preocupación excesiva y patológica de mantener un determinado peso y aspecto físico en contra de todos los consejos médicos.

Durante el embarazo los comportamientos purgativos o compensadores (vómitos, ayuno, ejercicio excesivo) pueden mejorar, permanecer estables o empeorar. La preocupación de la mujer embarazada por su por el feto puede motivarla a adoptar cambios conductuales positivos. Sin embargo, para algunas de estas mujeres el aumento normal de peso esperado durante el embarazo es un factor que supone un mayor temor al aumento de peso y sus comportamientos anormales pueden aumentar, lo que conlleva a comportamientos para controlar la ganancia ponderal: ayuno, purga o aumento del hábito tabáquico.

Posibles repercusiones materno-fetales:

- La hiperémesis gravídica es más común en las mujeres con anorexia nerviosa que la población general de control (9%).
- Anemia en casi el 50% de las pacientes (el grupo control tuvo una tasa del 12%).
- Aborto espontáneo, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino fetal, fetos pequeños para edad gestacional, microcefalia, aumento de la necesidad de cesárea y la depresión posparto.

Manejo.

La anorexia nerviosa es una enfermedad crónica y por ello no debemos focalizar nuestro objetivo en curar a la paciente durante el embarazo. El tratamiento de las gestantes con anorexia nerviosa no es muy diferente del tratamiento de las pacientes no embarazadas. Se debe utilizar un enfoque de equipo que debe incluir un gineco-obstetra especializado en embarazos de alto riesgo para el control materno-fetal y un profesional de salud mental para iniciar o

continuar la evaluación psicológica y el tratamiento. Además, es necesario contar con un nutricionista que regule la dieta, los suplementos nutricionales, monitorice el peso e incentive la actividad física.

El tratamiento psicológico estándar para la anorexia nerviosa puede ser una entrevista motivacional o una terapia conductual cognitiva: la interacción motivacional es bastante efectiva para la mujer embarazada con anorexia nerviosa porque el bienestar feto es un factor muy potente. La terapia conductual intenta reestructurar cognoscitivamente cogniciones maladaptativas (por ejemplo, se utiliza para cambiar la percepción de la mujer de su imagen corporal a una más realista).

Muchas pacientes necesitarán hospitalización por complicaciones médicas, incluyendo desequilibrios electrolíticos y para realimentación parenteral. Incluso con terapia intensiva y continua, la mortalidad de la anorexia nerviosa puede aproximarse al 10%, aunque la muerte durante el embarazo es bastante rara¹⁹.

6.3. Bulimia nerviosa.

Epidemiología.

Se estima que la incidencia del embarazo en mujeres con bulimia nerviosa es superior al 1%.

Clínica.

Se caracteriza por la impulsividad con respecto a la ingesta, con atracones que se seguirán de estrategias para evitar el aumento de peso (ya que la paciente también está preocupada por su aspecto físico).

La insatisfacción corporal aumenta para la mayoría de las mujeres con bulimia nerviosa durante el embarazo, aunque por lo general disminuyen los comportamientos dañinos como el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Posibles repercusiones materno-fetales.

Las complicaciones del embarazo asociadas con la bulimia nerviosa son muy similares a las debidas a la anorexia nerviosa.

Una complicación neonatal que se observa casi exclusivamente en recién nacidos de mujeres con bulimia nerviosa es un fenómeno en el que la madre proyecta su

imagen corporal a su bebé, percibe a su bebé como demasiado gordo, llegando a restringir las comidas, administrar supositorios o enemas, o inducir el vómito.

Manejo.

Al igual que en la anorexia nerviosa, se requiere un abordaje multidisciplinar.

En los casos graves de bulimia nerviosa, en los que las técnicas de terapia conductual y resto de apoyos no resultan completamente eficaces, se pueden usar medicamentos antidepresivos. Los medicamentos más utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

6.3. Pica (alotriofagia).

Es el deseo y el consumo de sustancias no nutritivas (pintura, arcilla, tierra, jabón, cenizas, tiza, papel higiénico...).

Pueden producirse algunas complicaciones derivadas de este trastorno, dependiente de la sustancia ingerida: por ejemplo la ingesta de arcilla, de suciedad o de pintura pueden contener grandes cantidades de plomo, perjudicial tanto para la madre como para el feto. También puede conducir a infestación parasitaria intestinal por helmintos¹⁹.

PATOLOGÍA	FÁRMACO	FDA	EFFECTOS SECUNDARIOS	INDICACIÓN
Ansiedad	Diazepam	D	Dependencia, abuso, abstinencia.	De elección 1º trimestre
	Clordiazepóxido	D	Riesgo de malformaciones. Dependencia, abuso, abstinencia.	
	Clonazepam, lorazepam	D	Mayor riesgo malformaciones fetales. Dependencia, abuso, abstinencia.	Lorazepam y benzodiazepinas de vida media corta: de elección > 2º T.
	Alprazolam, lormetazepam, oxazepam, termazepam	D	Dependencia, abuso, abstinencia.	De elección a partir del 2º trimestre.
Depresión	Paroxetina	D	Malformaciones congénitas cardíacas (defectos tabique A-V). Bajo peso, parto prematuro, APGAR bajo, sd de abstinencia neonatal, hipertensión pulmonar persistente.	
	Fluoxetina, citalopram, escitalopram.	C	Bajo peso al nacer, parto prematuro, APGAR bajo, hipertensión pulmonar persistente en lactantes.	1º elección en casos leves-moderados.
	Sertralina	C	Atresia anal (0,2%). Bajo peso al nacer, parto prematuro, APGAR bajo, sdme de abstinencia neonatal, hipertensión pulmonar persistente en lactantes(0,3-1,2%).	
	Duloxetina	C		1º elección en casos leves-mod.
	Venlafaxina	C	Hipertensión arterial si dosis altas	
	Amitriptilina, imipramina, nortriptilina.	D	Malformaciones fetales estructurales. Efectos maternos: estreñimiento, hipotensión arterial, aumento de peso, sedación excesiva y taquicardia	Contraindicados durante gestación.
	Tranilcipromina		Crisis hipertensivas maternas	Contraindicados durante gestación.
Trastorno bipolar	Quetiapina	C	Aumento del apetito, aumento de peso, riesgo de diabetes gestacional, Preeclampsia, macrosoma.	1º elección en casos leves-moderados.
	Clozapina	B	Aumento del apetito, aumento de peso, riesgo de diabetes gestacional, Preeclampsia, macrosoma. Agranulocitosis severa	1º elección en casos leves-moderados.
	Olanzapina	C	Aumento del apetito, aumento de peso, riesgo de diabetes gestacional, Preeclampsia, macrosoma.	1º elección en casos leves-moderados.
	Risperidona	C	Síntomas extrapiramidales. Aumento de prolactina.	1º elección en casos leves-moderados.
	Paliperidona, ziprasidona		Hiperprolactinemia	1º elección en casos leves-moderados.
	Amisulpiride, aripiprazol, sertindol.			1º elección en casos leves-moderados.
	Lamotrigina	C	Malformaciones congénitas (2,7%).	1º elección en mantenimiento si predominio síntomas depresivos.
	Litio	D	Anomalías cardíacas (An de Ebstein). Aumento TSH, aumento de peso, Hipopotasemia, poluria, temblor fino...	Fracaso resto de fármacos, manía severa o TBP severo.
	Ácido valproico	D	Malf fetales (10-11%): espina bífida y otras alteraciones estructurales.	Contraindicado.
	Carbamazepina	D	Malformaciones fetales.	Contraindicado.
Esquizofrenia y trastornos psicóticos	Quetiapina, clozapina, olanzapina, risperidona, paliperidona, ziprasidona, amisulpiride, aripiprazol, sertindol.	C/B C C		1º elección en casos leves-moderados.
	Haloperidol, clorpromazina, flufenazina.	C C C	Síntomas extrapiramidales intensos.	1º elección en casos leves-moderados.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante C. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016;191:62–77
2. Archilla B, Caballero M, De la Fuente V, Garicano A, Gómez B, Lagarejos S et al. Urgencias médicas en el embarazo: patología psiquiátrica. En: Zapardiel I, De La Fuente J, Bajo JM. *Guía práctica de Urgencias en Obstetricia y Ginecología SEGO;* 2008. p. 78-84.
3. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016; 190: 543–550
4. Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment. *J Womens Health.* 2015;24(9):262-269.
5. Uguz F, Sonmez EO, Sahingoz M. Maternal generalized anxiety disorder during pregnancy and fetal brain development: A comparative study on cord blood brain derived neurotrophic factor levels. *J Psychosom Res.* 2013;75:346–350.
6. Ding XX, Wu YL, Xu SJ. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord.* 2014;159:103–110.
7. Somerville S, Byrne SL, Dedman K, Hagan R, Coo S, Oxnam E et al. Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *J Affect Disord.* 2015; 186:18-25.
8. Bayrampour H, Ali E, McNeil DA, Benzies K, MacQueen G, Tough Z. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 2016; 55:115–130
9. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohloff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord.* 2015;176:24–34.
10. Bellantuono C, Tofani S, Di Sciascio G, Santone G. Benzodiazepine exposure in pregnancy and risk of major malformations: a critical overview. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35:3–8.
11. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2015;29:754-764
12. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009 ; 31(5): 403–413.
13. Cohen L. Relapse of major depressive during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA.* 2006; 295:499–507.

14. Vitale SG, Laganà AS, Muscatello MR, La Rosa VL, Currò V, Pandolfo G et al. Psychopharmacotherapy in Pregnancy and Breastfeeding. *Obstet Gynecol Surv.* 2016; 71(12): 721-733.
15. Sharma V, Sharma S. Peripartum management of bipolar disorder: what do the latest guidelines recommend? *Expert Rev Neurother.* 2017; 17(4): 335-344.
16. Boyce P, Buist A. Management of bipolar disorder over the perinatal period. *Aust Fam Physician.* 2016; 12; 890-893.
17. Robinson GE. Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2012;19(3):380-386.
18. The Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2011;25:67-620.
19. Cardwell MS. Eating disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2013; 68(4): 312-323.