

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO DURANTE EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE RECAÍDA.

Icía Alonso García, José Luis Escobar Fernández, Juan Vicente Alfaro González, M^a Teresa Izquierdo Ros, Azucena Rodríguez Martínez, Belén Horcajo Marrupe.



► INTRODUCCIÓN

- La gestación es una etapa única en la que se da la confluencia de dos seres vivos: madre-feto y se producen múltiples cambios fisiológicos. En nuestro medio el uso de fármacos durante el embarazo es frecuente tanto por prescripción facultativa como por automedicación. Los sistemas de clasificación internacionales a veces son ambiguos y es necesario siempre realizar un exhaustivo balance beneficio-riesgo individual.

► DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO

- Mujer de 35 años. Antecedentes personales de infertilidad. Diagnosticada de Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) con buena respuesta a sertralina que se reagudizó en primera gestación. Recibió psicoterapia durante la misma con empeoramiento de las obsesiones y finalmente sertralina en el último trimestre. Varios meses tras el parto se retiró por estabilidad clínica. Acude a la consulta de Atención Primaria por gestación gemelar tras fecundación in Vitro en 5^a semana de gestación refiriendo recaída de sintomatología obsesiva de contaminación e infestación con rituales de limpieza que le generan mucha ansiedad, la entretienen mucho y ha extendido a su hijo de 3 años al que lava las manos continuamente. Diagnóstico: TOC en gestante gemelar. Ecografías fetales: normales. Tras contactar con psiquiatra de zona se ofrece psicoterapia como primera elección pero la paciente la rechaza por malos resultados y empeoramiento durante su primer embarazo. Se acuerda iniciar sertralina en semana 12 a dosis bajas hasta 50 miligramos. Mejoría evolutiva en semana 15, disminución de ansiedad, obsesividad y rituales por lo se decide mantener hasta el final del embarazo.

► ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

- Como consideraciones generales ante cualquier gestación debemos : 1.Revaluar fármacos al confirmar el embarazo. 2. Considerar a toda mujer fértil como potencial embarazada. 3. Restringir fármacos en el primer trimestre.4. Prescribir fármacos absolutamente necesarios. 5. Usar fármacos con experiencia contrastada de seguridad. 6. Evitar uso de nuevos fármacos (menor experiencia de seguridad). 7. Usar fármacos a la menor dosis y el menor tiempo posible. 8. Avisar de los riesgos. 9. Vigilar la aparición de complicaciones. 10. Valorar en cada caso potencial beneficio-riesgo.
- En el tratamiento de los *Trastornos de Ansiedad* se recomienda evitar las benzodiacepinas en el primer trimestre, si se utilizan, es de elección diacepam. En los *Trastornos Depresivos y en el TOC*: es de primera elección la psicoterapia, en segunda línea los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS); la fluoxetina es el más utilizado. Su uso puede provocar malformaciones cardiovasculares en el primer trimestre. En los casos de recaídas se debe elegir igualmente la psicoterapia como primera opción y fármacos con eficacia previa. En nuestro caso se eligió sertralina (riesgo B-FDA), siendo el ISRS con mayor experiencia de uso y respuesta positiva previa.

- **PALABRAS-CLAVE EMPLEADAS EN LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA:** Gestación, trastorno obsesivo-compulsivo, antidepresivos, sertralina.

► BIBLIOGRAFÍA Y MÉTODO EMPLEADO PARA LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- ACOG. Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol 2008; 11: 1001-20.
- Orueta Sánchez R., López Gil MJ. Manejo de Fármacos durante el embarazo. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 107-113.
- FMC. Formación Médica Continuada en A. Primaria. Vol 16, Issue 8, October 2009; 499.

