

## Detectar a mujeres posparto en riesgo por trastornos del humor

Wendy K. McDowell, RN, BSN

MUCHA GENTE CREE que el período posparto rebosa felicidad, que es un tiempo estupendo. Lamentablemente éste no es el caso, ya que del 10 al 20% de las madres primerizas se les diagnostica de trastornos del humor posparto (THPP)<sup>1</sup>. En este artículo, después de hablar de estos trastornos y de los métodos de valoración que se emplean actualmente, se describe un enfoque práctico utilizado en el hospital de York (Pensilvania) para identificar a las mujeres con riesgo de padecer THPP y poder proporcionarles ayuda.

### No sólo tristeza

Para no confundirlo con la tristeza posparto, que es una condición ligera y temporal que puede llegar a afectar hasta al 80% de las primerizas durante la primera semana tras el parto, el THPP puede tener efectos devastadores para la madre y el bebé<sup>2</sup>. Se considera la complicación más común en las mujeres después del parto. Por lo general empieza gradualmente en cualquier momento durante el primer año posparto y a menudo requiere tratamiento médico. El término genérico “trastorno del humor posparto” incluye depresión y ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, pánico, trastornos del estrés postraumático y psicosis, que se presentan durante el período posparto<sup>2</sup>. A muchas mujeres puede ser que no se les diagnostique debido a vergüenza, a una educación deficiente o negación<sup>1</sup> (véase el cuadro anexo *Nueva ayuda en el horizonte*).

Si no se trata, el trastorno afecta el día a día de la madre, hasta que es incapaz de funcionar, y puede incluso afectar a la relación con la pareja. El trastorno puede conllevar problemas de comportamiento o alteraciones psiquiátricas en la madre o dificultar el desarrollo del bebé<sup>3</sup>. Es importante identificar precozmente a las mujeres con THPP, y existen varios instrumentos para su valoración.

### Dos vías para la valoración

La Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE) es probablemente la herramienta más utilizada para hacer la valoración<sup>4</sup>; puede usarse durante el embarazo y en el período de posparto inmediato. Las mujeres han de responder a las 10 preguntas tipo test<sup>2</sup>. El inconveniente es que la EDPE identifica síntomas que normalmente no se manifiestan durante el corto período que la madre permanece en el hospital. Esto dificulta su utilización por parte de los profesionales de enfermería hospitalarios.

Otra herramienta para la valoración que identifica factores de riesgo para desarrollar el THPP es el Inventario revisado de predictores de depresión posparto, diseñado como una entrevista que utilizan los médicos como herramienta para factores de riesgo durante el embarazo y el período de posparto inmediato<sup>3</sup>. Diez factores de riesgo se valoran durante el embarazo o inmediatamente después del parto, y en el posparto sólo se realizan 3 preguntas<sup>3</sup>. Las preguntas ayudan a los médicos a identificar factores de riesgo específicos que son fáciles de identificar y que se pueden categorizar en los siguientes:

- **Factores biofísicos**, como fluctuaciones hormonales, antecedentes de síndrome premenstrual, dolor y frecuencia de pérdidas en el embarazo.
- **Factores psicológicos**, como depresiones o ansiedad durante el embarazo, antecedentes familiares o personales de enfermedades mentales, historia de abusos o experiencias de nacimientos traumáticos o con problemas.
- **Factores sociales**, como relaciones deficitarias con la propia madre de la paciente, aislamiento social o estrés doméstico, abuso de alcohol o de drogas. El embarazo no planificado o no deseado también puede poner a mujeres en riesgo, al igual que los abortos o los problemas de infertilidad<sup>3</sup>.

### Nueva ayuda en el horizonte

A la mayoría de las mujeres embarazadas se les realizan pruebas para la diabetes gestacional, que tiene una incidencia del 4%<sup>5</sup>. Aunque el riesgo de THPP es del 10 al 20%, es más elevado, ya que son pocos los obstetras que hacen pruebas para identificarlo<sup>1</sup>.

El estado de Nueva Jersey fue pionero en la valoración de mujeres para THPP y de proporcionar información a mujeres embarazadas sobre este trastorno. Dos proyectos gubernamentales están pendientes para asegurar que las mujeres primerizas y sus familias son educadas sobre la depresión posparto, la valoración de síntomas y proporcionarles los servicios esenciales<sup>7</sup>.

### Siguiente paso

Un procedimiento tiene que estar preparado para realizar el seguimiento de la mujer identificada como de riesgo. La valoración y el diagnóstico rápidos son necesarios para iniciar el tratamiento adecuado. El profesional de la salud tiene que descartar cualquier causa médica, como alteraciones del tiroides, que pudieran producir síntomas que imiten a los de la depresión posparto. También debería evaluarla un profesional de salud mental.

En un estudio realizado en 121 hospitales, el 89% proporcionaban algún tipo de educación sobre el THPP, pero sólo el 14 % tenían un programa específico que incluía una valoración rutinaria de los factores de riesgo o una vía de derivación para mujeres en riesgo<sup>5</sup>. No hay protocolos para saber cuál es la mejor manera de educar a las madres primerizas sobre el THPP. Nuestro hospital inició un programa para

informar a los profesionales de enfermería sobre el THPP y así disponer de mejor preparación para reconocer a las madres con riesgo.

### Hacia un nuevo planteamiento

En nuestro hospital decidimos utilizar nuestro conocimiento sobre los factores de riesgo sobre el THPP para así poder crear un enfoque de intervención precoz. En junio de 2006 empezamos un programa de identificación precoz, intervención y seguimiento de mujeres posparto.

Desarrollamos un instrumento para la valoración que consistía en 10 factores de riesgo (véase el cuadro anexo *Buscar factores de riesgo*). Los profesionales de enfermería hicieron la valoración de mujeres posparto con este instrumento y les proporcionaron información sobre el THPP antes de abandonar la unidad posparto. Efectuamos un seguimiento telefónico a madres de alto riesgo en las primeras 2-3 semanas posparto y desarrollamos una valoración elaborada por nosotros mismos. Si identificábamos síntomas que afectaran significativamente las habilidades para funcionar, las derivábamos a un profesional de la salud (a menudo un obstetra) o a un profesional de salud mental para que determinara si presentaba THPP.

Si a partir de los resultados de la valoración de EDPE y del examen se ve que la condición es poco grave, el profesional de la salud puede recetar antidepresivos y recomendar un seguimiento a largo plazo con los profesionales de salud de atención primaria.

Si el profesional de salud cree que la condición es grave, tendrá que derivar a la paciente a un profesional de salud mental. La psicoterapia se recomienda conjuntamente con un tratamiento farmacológico. Las madres pueden también beneficiarse de grupos de ayuda.

En el hospital se puede enseñar a las madres qué pueden hacer para ayudarse, así como asegurarse que disfruten de un buen descanso nocturno y una correcta nutrición; luego puede reforzarse la educación por teléfono. La madre puede beneficiarse de un programa de ejercicio y de un soporte espiritual. Las terapias complementarias, como el ácido graso

### Buscar factores de riesgo

Cuando valoramos a una madre, si obtenemos una respuesta positiva de los puntos 1 o 2 significa que la paciente tiene un riesgo alto de THPP. Para los puntos 3 hasta 10, la presencia de 3 o más respuestas positivas significa que la paciente también presenta un riesgo alto.

1. Historia de depresión posparto.
2. Antecedentes psiquiátricos (incluyendo depresión, ansiedad, ataques de pánico antes o después del embarazo).
3. Tratamiento actual con antidepresivos, ansiedad o ataques de pánico.
4. Abusos de drogas o de alcohol recientes (en los últimos 5 años).
5. Ausencia de apoyo (sin familia en la zona, pareja que no proporciona apoyo).
6. Embarazo complicado (incluyendo tratamiento de infertilidad, problemas de salud crónicos, embarazo de alto riesgo, mujer encamada, historia de pérdidas en el embarazo).
7. Factores estresantes de la vida (cambio de casa, separación de la pareja, trabajo nuevo, pérdida de trabajo, muerte de un ser querido, abusos, dar el bebé en adopción).
8. Parto complicado o traumático (hemorragia posparto, sulfato de magnesio, cesárea de urgencia).
9. Necesidades elevadas del bebé (anomalías, bebé neonato en la unidad de cuidados intensivos, parto prematuro, problemas graves para amamantar al bebé).
10. Problemas de ajustes emocionales antes del alta del hospital (lloros frecuentes, falta de vínculo con el bebé).

Fuente: WellSpan Health Screening Tool diseñada por Wendy K. McDowell.

omega 3 (DHA), puede utilizarse conjuntamente con el tratamiento médico<sup>2</sup>.

### Resultados que prometen

En el Hospital de York se realizan unos 3.000 partos al año. Antes de desarrollar nuestro programa, no se hacía una valoración de las mujeres para THPP, de manera que no disponemos de ninguna información para poder compararla con la obtenida. Sin embargo, hasta ahora nuestras herramientas para la valoración han

identificado un 30% de mujeres posparto con un alto riesgo de padecer THPP.

Después de contactar con estas mujeres durante las 2-3 semanas tras el parto, encontramos que el 40% de ellas requerían un seguimiento o derivación a otros profesionales. Esta información indica que, como resultado del uso de esta herramienta, el 12% de las mujeres en nuestro estudio recibieron tratamiento para THPP durante el período de valoración, que es comparable con la media nacional del 10-20%<sup>1</sup>.

La identificación precoz del THPP hace que sea muy tratable con psicoterapia, grupos de ayuda y medicación. Cuanto más se tarde en diagnosticar el THPP, la movilización de recursos se hará más tardía. Como profesionales de enfermería podemos ayudar a las madres con THPP apoyándolas y estimulándolas. Debemos facilitar la implicación de la familia y eliminar las barreras para el tratamiento, como el sentimiento de vergüenza y de pudor de la madre<sup>4</sup>.

Tenemos que eliminar el estigma asociado a ésta y a otras enfermedades mentales, educando a la gente para que las pacientes se sientan más cómodas buscando el tratamiento y centrándonos en la prevención y en la educación. El mensaje más importante que podemos ofrecer es el del Apoyo Internacional del Posparto: "No estás sola, no tienes la culpa, estamos aquí para ayudarte". 

### BIBLIOGRAFÍA

1. Postpartum Support International. <http://www.postpartum.net>.
2. Bennett S, Indman P. *Beyond the Blues: A Guide to Understanding and Treating Prenatal and Postpartum Depression*. Moodswings Press, 2003.
3. Beck CT. Postpartum depression: It isn't just the blues. *American Journal of Nursing*. 106(5):40-51, May 2006.
4. Driscoll JW. Postpartum depression: How nurses can identify and care for women grappling with this disorder. *AWHONN Lifelines*. 10(5):400-409, October-November 2006.
5. Garg A, et al. A hospital survey of postpartum depression education at the time of delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 34(5):587-594, September-October 2005.
6. American Diabetes Association. Gestational diabetes. <http://www.diabetes.org/gestational-diabetes.jsp>.
7. MedEd, National Institute of Mental Health. Postpartum depression. <http://www.mededppd.org>.

Wendy K. McDowell es enfermera especializada en depresión posparto en el WellSpan, en York, y en los Gettysburg Hospitals, en Pensilvania.