



ALLIANCE FOR INNOVATION
ON MATERNAL HEALTH



Trastornos de la salud mental perinatal



Trastornos de la salud mental perinatal

Preparación: todas las unidades

Elemento de preparación	Puntos clave
<p>Desarrollar flujos de trabajo para integrar la atención sanitaria mental en la atención obstétrica durante el embarazo durante el período posparto, incluida la administración de farmacoterapia cuando esté indicado.</p>	<p>Aunque la integración de la atención sanitaria mental perinatal en la práctica obstétrica tiene elementos esenciales comunes, requiere una adaptación que tenga en cuenta los detalles específicos de cada entorno de atención obstétrica único.</p> <p>Las siguientes estrategias, objetivos y fases y pasos de implementación principales están en consonancia con enfoques generales para los esfuerzos de mejora de la calidad y se han desarrollado específicamente para la integración de la atención obstétrica y de la salud mental. Puede encontrar información y detalles adicionales en la “Guide for Integrating Mental Health Care into Obstetric Practice” (Guía para integrar la atención médica mental en la práctica obstétrica) autoguiada de Lifeline for Moms, que está respaldado por 4 videos de instrucciones. (Consulte los recursos)</p> <p>Estrategias básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a los defensores y establecer un equipo de mejora de la calidad que identifique e implemente los cambios de práctica necesarios. • Realizar una evaluación inicial, establecer objetivos medibles para el cambio, diseñar e implementar los flujos de trabajo necesarios y, a continuación, alterar de forma repetitiva los flujos de trabajo y los procedimientos. <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar psicoeducación, desestigmatizar las afecciones de salud mental perinatal. Implicar a las personas perinatales en la atención de salud mental utilizando un enfoque basado en las fortalezas y con capacidad de respuesta cultural. • Implementar la detección de la depresión, la ansiedad y los trastornos relacionados con la ansiedad dos veces durante el embarazo y al menos una vez en el período posparto. • Implementar la detección del trastorno bipolar al inicio de la atención o después de una detección positiva de depresión o ansiedad y antes de implementar la farmacoterapia. • Cuando una herramienta de detección de salud mental perinatal es positiva, evaluar al paciente y determinar el enfoque de tratamiento. • Desarrollar y utilizar un repertorio de recursos de salud mental y fuentes de derivación de tratamiento adaptadas a las necesidades de poblaciones específicas de pacientes. • Derivar a los pacientes que den positivo para psicoterapia, terapia de grupo u otras opciones de tratamiento y apoyo.

Elemento de preparación	Puntos clave
	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar tratamiento farmacológico cuando esté indicado. • Realizar un seguimiento y controlar las afecciones de salud mental perinatal una vez iniciado el tratamiento. • Asegurarse de que la atención de salud mental está en curso hasta al menos un año después del parto con transición a atención primaria u otro proveedor según sea necesario. <p>Los objetivos resumen lo que se debe lograr al integrar la salud mental perinatal en la práctica; los siguientes pasos guían cómo lograrlo utilizando un enfoque de implementación en 3 fases. La comunicación en todas las fases y pasos con todos los miembros del equipo de atención, desde el personal de recepción hasta los médicos y los socios de referencia, es esencial en todos los pasos.</p> <p>Fase y pasos de la implementación:</p> <p>Fase 1. Planificación: preparación y organización</p> <p>Paso 1: Establecer guías de implementación. Paso 2: Establecer un equipo de mejora de la calidad de la práctica. Paso 3: Completar la evaluación inicial. Paso 4: Borradores de objetivos específicos, medibles, alcanzables, realistas y oportunos (Specific, Measurable, Attainable, Realistic, and Timely, SMART). Paso 5: Desarrollar flujos de trabajo. Paso 6: Identificar tareas, funciones y responsabilidades.</p> <p>Fase 2. Implementación: cambio, integración y adaptación</p> <p>Paso 7: proporcionar formación para el personal clínico y no clínico. Paso 8: implementar cambios basados en los objetivos y el flujo de trabajo.</p> <p>Fase 3. Mantenimiento: evaluación y revisión</p> <p>Paso 9: evaluar la implementación y revisar el progreso hacia los objetivos. Paso 10: revisar los procedimientos en función de las lecciones aprendidas y continuar el proceso de mejora repetitiva.</p> <p>Los enlaces a los detalles completos y los recursos y herramientas que los acompañan se pueden encontrar en los recursos.</p> <p>La atención de salud mental perinatal incluye la atención durante todo el primer año posparto. La mayoría de los pacientes no acuden a su médico obstétrico mucho más allá de las primeras 6 a 12 semanas posparto. Es esencial para la selección y la atención de salud mental relacionada continuar en el entorno pediátrico, donde hay un contacto significativo con los padres en las visitas de niños sanos y otras visitas. Es importante reconocer que es posible que los médicos de atención pediátrica no traten al progenitor, por lo que se necesitará la derivación a la atención de obstetricia o al proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) y debe facilitarse cuando corresponda.</p>

Elemento de preparación	Puntos clave
	<p>Las pacientes que experimentan complicaciones por pérdida del embarazo o fallecimiento, o un bebé en la UCIN tienen un mayor riesgo de complicaciones de salud mental. Sin embargo, tienen un contacto de rutinas menos programado con los pediatras. Se necesita una planificación deliberada para el seguimiento y la selección durante el primer año posparto.</p> <p>La Academia Estadounidense de Pediatría (American Academy of Pediatrics, AAP) recomienda la detección de la depresión posparto durante las visitas de niños sanos programadas regularmente durante el primer año de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las pautas de atención clínica respaldan un papel activo de los médicos pediátricos en la implementación de la vigilancia y la detección universal. • Para las consultas pediátricas que identifican a un progenitor con una detección positiva de depresión, se recomienda la derivación a un asesor in situ o trabajador social. • En ausencia de dichos recursos in situ, se recomienda la derivación a visitas a domicilio y recursos comunitarios, como Healthy Start, enfermeros visitantes del domicilio, grupos de apoyo posparto comunitarios, Postpartum Support International y otros recursos. • La derivación pediátrica a la atención obstétrica o al proveedor de atención primaria del progenitor puede acelerar el diagnóstico y el tratamiento, además de las derivaciones a médicos psiquiátricos con experiencia en atención perinatal. • Las pruebas sugieren que las madres que reciben una comunicación clara de los médicos de atención pediátrica sobre la depresión posparto y la necesidad de ver a un médico de atención para adultos tienen más probabilidades de buscar tratamiento. Desafíos como las exigencias contrapuestas de tiempo, dificultad o frustración al ponerse en contacto con los recursos recomendados y la falta de transporte inhiben el acceso y el compromiso. • El acceso a la atención en clínicas con servicios de salud mental integrados conlleva un mayor seguimiento. <p>La implementación de mecanismos para apoyar la comunicación entre los médicos de obstetricia y de atención primaria y los médicos pediátricos puede ayudar a mejorar el seguimiento materno para la evaluación y el tratamiento después de la detección en una consulta pediátrica. Las consideraciones de implementación incluyen las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivación explícita al obstetra o al médico de atención primaria y notificaciones a través de la función de mensajes de registro médico electrónico cuando los médicos se encuentran dentro del mismo sistema. • Desarrollo de relaciones de colaboración entre los médicos obstetras, de atención primaria y pediátricos de la comunidad. • Proporcionar a los pacientes información clara sobre los signos y síntomas de las afecciones de salud mental perinatal y sobre cuándo ponerse en contacto con su médico, lo que incluye si se les informa de una detección con resultado positivo durante una visita pediátrica del recién nacido.

Elemento de preparación	Puntos clave
	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un breve documento resumido de los elementos clave del curso prenatal/posparto de la paciente, los nombres y la información de contacto del profesional obstétrico, de los profesionales de atención primaria y especializada, del pediatra y de los profesionales de salud mental, según corresponda, para garantizar un acceso fácil a la información de derivación para la paciente y los médicos. • Las colaboraciones de calidad perinatal y otros modelos de colaboración de calidad pueden respaldar la integración de estas prácticas a través de una carta del hospital de nacimiento a las oficinas pediátricas afiliadas con herramientas de detección, protocolos, hojas de trabajo del plan de consultorio seleccionados para incorporar la detección, cargarla en la historia clínica del paciente y proporcionar protocolos de comunicación con el proveedor.
<p>Identificar las herramientas de detección de salud mental que se pondrán a disposición en todos los entornos clínicos en los que puedan estar presentes los pacientes obstétricos.</p>	<p>La detección de la depresión o la ansiedad en las personas embarazadas y en período de posparto, utilizando herramientas de detección validadas y en el contexto de sistemas que garanticen un diagnóstico preciso, un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado, está recomendada por las sociedades profesionales y agencias gubernamentales pertinentes, incluidos, entre otros, el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF), la Iniciativa de Servicios Preventivos para Mujeres (Women's Preventive Services Initiative, WPSI), la Alianza para la Innovación en Salud Materna (Alliance for Innovation on Maternal Health, AIM), el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG), la Asociación Estadounidense de Psicología (American Psychological Association, APA), AAFP, Enfermeras Practicantes de Salud de la Mujer (Women's Health Nurse Practitioners, WHNP) y el Colegio Estadounidense de Enfermeras Parteras (American College of Nurse-Midwives, ACNM).</p> <p>Hablar sobre problemas de salud mental. Presentar oportunidades de selección utilizando un enfoque inclusivo, basado en las fortalezas y culturalmente consciente. (Consulte la guía en las páginas 6 y 8 del kit de herramientas de Lifeline for Moms en Recursos).</p> <p>Utilizar herramientas de detección validadas para identificar afecciones de salud mental. Los siguientes son ejemplos de herramientas validadas y de uso común que tienen una base de evidencia significativa en poblaciones perinatales, y que son fácilmente accesibles en muchas historias clínicas electrónicas. Muchas han sido validadas en numerosos idiomas. Además de las que se incluyen a continuación, existen muchas otras herramientas de detección. Es importante utilizar una herramienta validada y administrarla de forma universal en los momentos recomendados.</p> <p>Con la excepción de los instrumentos de detección del trastorno bipolar, el resto indagan en los síntomas actuales, o los síntomas en los últimos 7 días a 1 mes. Por lo tanto, se recomienda administrar instrumentos de detección en serie durante el período perinatal. Las herramientas de detección del trastorno bipolar indagan en la experiencia de por vida. El momento recomendado se analiza en un elemento diferente.</p> <p>Elija una herramienta validada de cada una de las siguientes categorías. Excepto cuando se indique, todas se autoadministran y se tarda menos de 5 minutos en completarlas.</p> <p>Los instrumentos de detección validados que se utilizan habitualmente para la depresión perinatal incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de depresión posnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Screen, EPDS) de 10 preguntas, hace 10 consultas sobre autolesión o tendencias suicidas.**

Elemento de preparación	Puntos clave
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de salud del paciente-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) de 9 preguntas, hace 9 consultas sobre autolesión o tendencias suicidas.** <p>Los instrumentos de detección validados que se utilizan habitualmente para la ansiedad perinatal incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección del trastorno de ansiedad general de 7 preguntas (General Anxiety Disorder 7 Screen, GAD-7). • Subescala de ansiedad de Detección de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS), en la que por lo general se hacen las preguntas 3, 4 y 5. • Inventario de ansiedad estado-rasgo de 6 preguntas (State-Trait Anxiety Inventory, 6 Questions, STAI-6) versión abreviada y de estado. <p>Los instrumentos de selección validados para el trastorno bipolar incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (Mood Disorder Questionnaire, MDQ) de 3 preguntas, cuya primera pregunta tiene 13 incisos. • Entrevista de diagnóstico internacional compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI): preguntas 2 y 3 con lógica de ramificación, administrada por el proveedor. <p>** Cuando existe preocupación por el suicidio debido a la respuesta en el instrumento de detección de la depresión o la interacción con el paciente, se requiere una evaluación adicional. Esto se hace con una entrevista clínica y puede incluir un instrumento de detección específico para los tendencias suicidas.</p> <p>Los instrumentos de detección validados para la tendencia suicida incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala Columbia de la evaluación de la severidad suicida (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS): preguntas 2 a 5 más lógica de ramificación adicional, administradas por el proveedor. • Herramienta de detección de seguridad del paciente (Patient Safety Screener, PSS): preguntas 3 a 9 con lógica de ramificación}, administradas por el proveedor. <p>Al evaluar los pensamientos de daño para uno mismo o para otros, incluido el bebé, es importante distinguir entre pensamientos intrusivos con los que la persona en período perinatal no tiene intención de actuar y aquellos para los que se pueden realizar acciones. Ambas son consideraciones importantes a la hora de determinar el diagnóstico y la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, las diferencias contribuyen a qué acciones inmediatas son o no necesarias.</p> <p>Actualmente no se recomienda la detección universal del trastorno por estrés postraumático (TEPT). Reconociendo la prevalencia y el efecto de los traumas en los pacientes y en el equipo de atención médica, la ACOG recomienda la detección universal de traumas actuales y antecedentes de traumas. Dada la asociación del TEPT como trastorno relacionado con la ansiedad de manera histórica, y su coincidencia con la depresión y la ansiedad, la detección del TEPT debe considerarse en casos de inquietudes relacionadas con los síntomas de depresión y ansiedad o la detección con resultado positivo y en función de la presentación del paciente.</p>

Elemento de preparación	Puntos clave
	<p>Los instrumentos de detección validados para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TEPT de atención primaria para DSM-5 (Primary Care PTSD for DSM-5, PC-PTSD-5), de 1 a 6 preguntas, • Lista de comprobación de TEPT, versión civil (PTSD Check List, PCL-C), de 17 preguntas.
<p>Educar a los médicos, el personal de la consulta, los pacientes y las redes de apoyo designadas de los pacientes sobre la atención óptima a lo largo del itinerario de salud mental perinatal, incluyendo la prevención, detección, evaluación, tratamiento, supervisión y seguimiento de las mejores prácticas.</p>	<p>La educación debe enfatizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las afecciones de salud mental perinatal son enfermedades médicas que pueden y deben tratarse. Las afecciones de salud mental perinatal son las afecciones más frecuentes que complican el embarazo y el primer año después del parto, que incluyen suicidio y sobredosis y son la causa más frecuente de mortalidad materna. • Las afecciones de salud mental perinatal tienen efectos negativos significativos en los resultados maternos, obstétricos, de nacimiento, de hijos, de parejas y familiares. Son una causa prevenible de morbilidad y mortalidad materna. • El estigma, el sesgo y la discriminación afectan negativamente a las personas en período perinatal con problemas de salud mental y su capacidad para recibir atención de alta calidad; se recomienda la autorreflexión de los médicos y el personal sobre los sesgos individuales. • Las afecciones de salud mental perinatal están infradiagnosticadas, no tratadas o infratratadas sin un esfuerzo intencionado. • Se dispone de tratamientos eficaces basados en la evidencia que mitigan los riesgos y mejoran los resultados, y son seguros en el embarazo y la lactancia. La psicoterapia, la farmacoterapia y las intervenciones complementarias (p. ej., planes de cuidado personal, higiene del sueño, nutrición equilibrada, ejercicio, atención plena, meditación) son los pilares principales del tratamiento. Los riesgos y beneficios del tratamiento deben enmarcarse en el contexto de la enfermedad tratada frente a la enfermedad no tratada, ya que la enfermedad no tratada está asociada a un riesgo significativo. La resolución de los síntomas es el objetivo. <p>La formación clínica debe incluir enfoques basados en la evidencia para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención: proporcionar psicoeducación y recursos destinados a prevenir las afecciones de salud mental perinatal para todos. <ul style="list-style-type: none"> • Para aquellas personas con mayor riesgo, el USPSTF recomienda intervenciones de asesoramiento como la terapia cognitivo-conductual (TCC, p. ej., el programa de madres y bebés) y la terapia interpersonal (TIP, p. ej., Reach out, Stay Strong, programa Essentials for parents of newborns [ROSE]), dada su eficacia en la prevención de la depresión perinatal. • Detección: detección de depresión, ansiedad, TEPT y trastorno bipolar mediante instrumentos de detección validados • Evaluación: valoración de enfermedades psiquiátricas específicas y evaluación de la gravedad de la enfermedad, incluido el riesgo de lesiones a sí mismo, al bebé u a otras personas

Elemento de preparación	Puntos clave
	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento: suministro de farmacoterapia, derivación para psicoterapia y fomento de intervenciones complementarias. • Monitorización: seguimiento y monitorización después del inicio del tratamiento utilizando instrumentos de cribado validados para medir la mejoría o la falta de mejoría de los síntomas. • Seguimiento: ajuste del tratamiento en función de la respuesta al monitoreo basado en mediciones. • Servicios, programas y recursos de apoyo regionales y locales. • Cambios en el flujo de trabajo que facilitarán la implementación de cada paso en el itinerario de atención sanitaria mental perinatal. • Entornos y atención no estigmatizantes basados en las fortalezas. • Atención sensible a los traumas en todos los entornos de atención médica perinatal. • Capacitación/concienciación sobre antirracismo y sesgo por parte de médicos y personal. • Los médicos de atención obstétrica pueden acceder a programas de acceso a la psiquiatría perinatal para ayudar a abordar las afecciones de salud mental perinatal. <p>La capacitación de las pacientes y las personas de apoyo deben incluir además:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación prevista sobre los factores de riesgo asociados a las afecciones y síntomas de salud mental perinatal, que incluyen el inicio o el empeoramiento. • El impacto de las afecciones de salud mental perinatal sobre el embarazo, el período posparto y la salud materno-infantil a largo plazo. • Proporcionar psicoeducación y recursos dirigidos a prevenir afecciones de salud mental perinatales. • Recursos en línea para ayudar con la detección y los hábitos de estilo de vida y los cambios que pueden mejorar la salud mental y física general de las poblaciones perinatales. • Maneras de acceder a las opciones de tratamiento en línea y locales, y complementos al tratamiento. • Información general sobre ciclos de tratamiento previstos, el seguimiento y la seguridad del tratamiento. • Acceso a líneas directas de crisis las 24 horas, los 7 días de la semana, a nivel local y nacional. • Debates y recursos integrales sobre la planificación de la vida reproductiva. • Otros servicios de apoyo, programas y recursos regionales/locales.
<p>Desarrollar y mantener un conjunto de recursos de derivación y vías de comunicación entre proveedores obstétricos, organizaciones comunitarias y agencias de salud pública y estatal para abordar las necesidades de los pacientes, incluidos los impulsores sociales de la salud mental y física.</p>	<p>Los recursos de salud mental perinatal tanto a nivel nacional como estatal se han ampliado y están fácilmente disponibles para los proveedores, cuidadores y pacientes que experimentan problemas de salud mental perinatal.</p> <p>Esforzarse por garantizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los centros hospitalarios/prenatales implementan la asignación de recursos de forma independiente o en colaboración con su programa de acceso a la psiquiatría perinatal para identificar y verificar recursos de salud conductual local y de otro tipo, derivaciones y servicios de apoyo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Se satisfacen los recursos del paciente y de la familia para abordar los impulsores sociales de la salud (es decir, servicios integrales como alojamiento, cuidado infantil, transporte y visitas a domicilio; también consulte la información de selección en Reconocimiento y prevención a continuación). • Las personas embarazadas y en período posparto tienen acceso a servicios de salud conductual, asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias y tratamiento según sea necesario. <p>Esforzarse por garantizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada entorno clínico, sistema sanitario y proveedor son cordiales e incluyen a todas las personas, independientemente de sus antecedentes, raza, etnia, sexo, clase social, idioma, capacidad y otras identidades y características personales o sociales. <p>Reconocer lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunas de las identidades anteriores pueden quedar marginalizadas. Cuidar de las personas de manera interseccional es tratar a la paciente en su totalidad y reconocer todas las identidades que podrían afectar a la atención equitativa, de apoyo y de calidad. <p>Conectarse con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas estatales de acceso psiquiátrico perinatal (cuando corresponde) o la línea de consulta nacional mediante Postpartum Support International (PSI) para comprender qué servicios ofrecen, cómo se pueden integrar los servicios en los enfoques locales de tratamiento, recursos y derivación, y cómo fomentar el compromiso bidireccional para aumentar el acceso al tratamiento para las personas en período perinatal con afecciones mentales.
--	--

Reconocimiento y prevención: en cada paciente

Elemento de reconocimiento	Puntos clave
Obtener los antecedentes de salud mental individuales y familiares en el ingreso, con revisión y actualización según sea necesario.	<p>Los antecedentes de salud mental deben incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas, diagnóstico y tratamiento psiquiátricos anteriores. • Intentos de suicidio previo. • Hospitalizaciones psiquiátricas previas. • Tratamientos psiquiátricos anteriores (medicamentos y terapia). • Tratamientos psiquiátricos actuales (medicamentos y terapia). • Síntomas que incluyen frecuencia, duración y cómo se ve afectado el funcionamiento diario. • Factores estresantes recientes. • Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas y tratamientos.

Elemento de reconocimiento	Puntos clave
<p>Detección de la depresión y la ansiedad en la visita prenatal inicial, más adelante durante el embarazo y en las visitas posparto.</p>	<p>La detección universal se asocia a mayores tasas de tratamiento.</p> <p>A medida que el inicio de las afecciones de salud mental perinatal se produce casi con la misma frecuencia antes del embarazo, durante el embarazo y después del parto, y la detección temprana y el tratamiento beneficia la mejora y resolución de los síntomas, se recomiendan como mínimo los siguientes puntos temporales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la visita prenatal inicial, idealmente en el primer trimestre, para identificar el inicio que tuvo lugar antes o al principio del embarazo. • En un momento posterior del embarazo para identificar el inicio durante la mitad del embarazo y en su etapa avanzada; asociado con la visita de detección de diabetes gestacional a las 24 a 28 semanas, puede facilitar la implementación sistemática. • En las visitas posparto para identificar el inicio en el embarazo tardío o el período posparto, teniendo en cuenta las visitas posparto tempranas para las pacientes identificadas de alto riesgo. <p>Puede ameritar una detección adicional para las personas con factores de riesgo para afecciones de salud mental. Los factores de riesgo durante el embarazo y el posparto incluyen, entre otros, antecedentes de problemas de salud mental, estrés vital, disminución del apoyo social, estado de relación soltera/sin pareja, violencia por parte de la pareja sexoafectiva, estrés en el cuidado de los niños, bebés con dificultad para alimentarse, sueño y alivio, juventud, veterano militar, embarazo imprevisto y marginalización por raza/origen étnico o desventaja socioeconómica.</p> <p>La detección mejora la identificación exacta de las personas en período perinatal con problemas de salud mental. Los resultados positivos de la detección deberían dar lugar a una evaluación adicional que considere la gravedad de la enfermedad, los problemas psicológicos comórbidos, los diagnósticos alternativos y las afecciones médicas. Los programas que combinan la detección con sistemas de apoyo adecuados para garantizar el acceso al tratamiento y el seguimiento mejoran los resultados clínicos.</p> <p>La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) recomienda realizar pruebas de detección de la depresión posparto durante las visitas programadas regulares del recién nacido durante el primer año de vida.</p> <p>En el caso de las personas en período perinatal que no tienen visitas de recién nacidos adecuadas (p. ej., recién nacidos en la UCIN, mortinatos/fallecimientos), la detección con la misma frecuencia debe realizarse en un entorno alternativo, incluidos los centros de atención obstétrica. Deben considerarse esfuerzos especiales para la detección en los padres de los bebés hospitalizados.</p>

Elemento de reconocimiento	Puntos clave
<p>Detección del trastorno bipolar antes de iniciar la farmacoterapia para la ansiedad y la depresión</p>	<p>1 de cada 5 personas en período perinatal que dan positivo para depresión puede tener trastorno bipolar.</p> <p>Los síntomas y episodios depresivos son más frecuentes que los síntomas maníacos o hipomaníacos o los episodios de trastorno bipolar.</p> <p>El tratamiento del trastorno bipolar no reconocido con un antidepresivo solo está contraindicado, ya que está asociado a falta de respuesta, empeoramiento de los síntomas del estado de ánimo y puede desencadenar manías o psicosis, lo que aumenta el riesgo de suicidio e infanticidio.</p> <p>Se recomienda realizar una detección mediante la combinación con otros instrumentos autoadministrados en la visita obstétrica inicial. Debe hacerse como mínimo antes de recetar un antidepresivo para la depresión, ansiedad o afección relacionada con la ansiedad, como el TEPT o el TOC. Por lo general, está indicado el tratamiento del trastorno bipolar con un estabilizador del estado de ánimo. Si se sospecha de trastorno bipolar, está indicada la consulta o derivación a psiquiatría para una evaluación adicional.</p> <p>Dado que los instrumentos de cribado del trastorno bipolar consultan la experiencia de por vida, normalmente pueden administrarse una vez en el periodo perinatal y no es necesario realizarlos en serie como los relacionados con la depresión, la ansiedad o las afecciones relacionadas con la ansiedad.</p>
<p>Detectar los impulsores estructurales y sociales de la salud que puedan afectar las recomendaciones clínicas o los planes de tratamiento y vincularlos con los recursos.</p>	<p>La detección debe incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades médicas. • Necesidades de salud mental, incluidas las necesidades de trastorno por consumo de drogas. • Impulsores estructurales y sociales de la salud. <p>Todos los recursos proporcionados deben estar en consonancia con los siguientes factores de la paciente embarazada o en período de posparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alfabetización en salud. • Necesidades culturales. • Dominio del lenguaje. • Ubicación geográfica y acceso.

Respuesta: cada evento

Elemento de respuesta	Puntos clave
<p>Iniciar un protocolo de respuesta basado en la evidencia y centrado en la paciente que esté adaptado a la gravedad de la enfermedad y que esté basado en la fortaleza, sea culturalmente relevante y responda a los valores y necesidades de la paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los debates sobre el tratamiento deben incorporar enfoques de toma de decisiones compartidas para la atención. • El asesoramiento sobre el tratamiento de las afecciones de salud mental durante el embarazo debe reconocer los riesgos asociados con la enfermedad no tratada o infratratada y sopesarlos con los riesgos del tratamiento. • Para la mayoría de las mujeres con depresión perinatal leve o ansiedad, la psicoterapia es un tratamiento de primera línea de preferencia. El tratamiento no siempre es accesible o aceptable; por lo tanto, la farmacoterapia debe analizarse como alternativa. Además, cada vez hay más enfoques digitales para el tratamiento que merecen consideración y estudios adicionales dada su accesibilidad y su potencial aumento de la aceptabilidad. • En el caso de las mujeres con depresión o ansiedad perinatal moderada o grave, se debe considerar la farmacoterapia, idealmente junto con psicoterapia. • Para las mujeres con trastorno bipolar, se recomienda la farmacoterapia dados sus riesgos asociados, incluida la psicosis posparto. • Como norma general, la farmacoterapia debe utilizar la dosis eficaz más baja, evitar la polimedicación y minimizar los cambios de medicación durante el embarazo y el posparto. • El seguimiento de la respuesta de los síntomas es un componente fundamental de cualquier plan de tratamiento, con una atención escalonada protocolada (o un ajuste al alza del tratamiento).
<p>Establecer vías de atención que faciliten la coordinación y el seguimiento entre múltiples proveedores a lo largo del periodo perinatal para las personas embarazadas y en período posparto derivadas al tratamiento de salud mental.</p>	<p>Obtener todos los consentimientos y permisos necesarios para divulgar información de la paciente para la coordinación y colaboración de la atención.</p> <p>Los colaboradores que se encargan de la atención, la coordinación y del seguimiento pueden incluir lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención obstétrica.* • Proveedores pediátricos*, incluida la UCIN, cuando proceda. • Profesionales psiquiátricos.* • Proveedores de psicología. • Trabajadores sociales. • Enfermería. • Asesor o consultor de lactancia. • Asesor del paciente. • Apoyo de pares y personas con experiencia en el tema. • Familia y otros apoyos. • Doulas. <p>* Los proveedores pueden incluir médicos, enfermeras parteras certificadas, enfermeros practicantes, asistentes médicos y otros.</p>

Informes y aprendizaje de sistemas: todas las unidades

Elemento de informe	Puntos clave
<p>Identificar y supervisar los datos relacionados con la atención de salud mental perinatal, con desagregación por raza y etnia como mínimo, para evaluar las disparidades en los procesos de atención.</p>	<p>Los sistemas que recopilan y notifican datos de mejora de la calidad deben tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las personas marginadas por el racismo y la desventaja socioeconómica sufren desigualdades en cada paso del itinerario de atención sanitaria mental perinatal, especialmente en el acceso al tratamiento. Los programas de atención de maternidad deben revisar sus datos, desagregados por raza, etnia y pagador (como sustituto del nivel de ingresos) para identificar y abordar las prácticas discriminatorias. • La desagregación de datos por varios parámetros puede dar lugar a cifras reducidas para ciertos subgrupos que pueden tener implicaciones para la viabilidad de las comparaciones de datos. • La participación en una colaboración estatal o nacional, si está disponible, puede ser útil para compartir datos, comparar el desempeño e impulsar la mejora de la calidad. • Los datos supervisados podrían incluir elementos como la detección, la relación con el tratamiento, la hospitalización/morbilidad materna grave (Severe Maternal Morbidity, MMS) relacionada con la salud mental perinatal y la mortalidad materna (incluida la relacionada con el embarazo y la asociada al embarazo) relacionada con la salud mental perinatal.
<p>Convocar a los proveedores hospitalarios y ambulatorios de manera continua para compartir estrategias exitosas e identificar oportunidades para la prevención y evaluación de resultados no deseados relacionados con la salud mental perinatal.</p>	<p>Se debe hacer todo lo posible para incluir a los proveedores de salud conductual y pediátricos en este proceso de convocatoria y revisión.</p>

Atención respetuosa, equitativa y de apoyo: todas las unidades/proveedores/miembros del equipo

Elemento de atención respetuosa	Puntos clave
<p>Incluir a cada persona embarazada y en período posparto y a su red de apoyo identificada como miembros respetados y colaboradores del equipo de atención multidisciplinaria.</p>	<p>Las redes de apoyo a la paciente pueden incluir apoyos no familiares, como doulas y visitas a domicilio, que, con el permiso de la persona en período posparto, deben ser recibidos.</p> <p>La inclusión debe implicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de confianza • Toma de decisiones compartida, bidireccional e informada • Reconocer los valores y objetivos de la paciente como el principal impulsor de este proceso. • Estar en consonancia con el alfabetismo sanitario, la cultura, el lenguaje y las necesidades de accesibilidad.

Estos materiales se desarrollaron con el apoyo de la Administración de Servicios y Recursos Sanitarios (Health Resources and Services Administration, HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. como parte de un acuerdo de cooperación con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, bajo el número de subvención UC4MC28042, Alianza para la Innovación en Salud Materna (Alliance for Innovation on Maternal Health). Los contenidos no representan necesariamente las opiniones oficiales ni el respaldo por parte de HRSA, HHS o el gobierno de los EE. UU. Para obtener más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).

© 2022 Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Por la presente se concede permiso para la duplicación y distribución de este documento, en su totalidad y sin modificaciones, exclusivamente para actividades no comerciales que sean educativas, de mejora de la calidad y fines relacionados con la seguridad del paciente. Todos los demás usos requieren el permiso por escrito de ACOG.