



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS**

Inmaculada Enrique Rodríguez, Isabel M<sup>a</sup> Martos López, M<sup>a</sup> del Mar Murillo De las Heras

[Inma.enriquez@hotmail.com](mailto:Inma.enriquez@hotmail.com)

Trastornos psicóticos, trastornos puerperales, período posparto, factores de riesgo, prevención y control

Psychotic Disorders, Puerperal Disorders, Postpartum Period, Risk Factors, Prevention & Control.

### **RESUMEN**

#### INTRODUCCIÓN

La psicosis posparto afecta a 1-2 mujeres de cada 1000, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más peligrosos y menos conocidos. Por este motivo, estas mujeres no son diagnosticadas ni tratadas a tiempo en muchas ocasiones.

#### OBJETIVOS

Identificar factores de riesgo y clínica temprana de la psicosis puerperal para lograr un diagnóstico precoz, así como conocer el tratamiento.

#### METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica usando los descriptores "Puerperal Disorder", y "Psychotic Disorders" en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Medline. Criterios de inclusión: trabajos publicados en los últimos 10 años, acceso a texto completo, e idioma español o inglés. Se obtuvieron 55 artículos, de los cuales se seleccionaron 15 trabajos.

#### RESULTADOS

Inicio de la sintomatología de forma súbita en las dos primeras semanas posparto.

Síntomas distintivos: desorganización, confusión, despersonalización, insomnio, irritabilidad, delirios y estado de ánimo anormal.

Factores de riesgo: historia personal o familiar de trastorno bipolar, episodio previo de psicosis puerperal, primiparidad y pérdida de sueño.

No se cuenta con herramientas de evaluación y detección específicas.

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

Requiere hospitalización junto a su hijo, y tratamiento farmacológico inmediato (benzodiazepinas, antipsicóticos y litio). El apoyo familiar y psicosocial es fundamental para la recuperación.

### **CONCLUSIONES**

Los sanitarios que atienden a la mujer durante el embarazo, el parto y el período posparto deben solicitar una valoración psiquiátrica lo antes posible ante cualquier sospecha de psicosis posparto, ya que nos encontramos ante una patología psiquiátrica grave, específica y difícil de diagnosticar, en la que el tratamiento precoz es fundamental.

### **INTRODUCCIÓN**

El parto es un poderoso desencadenante de enfermedades psiquiátricas, y los episodios psiquiátricos en este momento causan una morbilidad y mortalidad considerables, siendo el suicidio una de las principales causas de muerte materna.

A pesar de los grandes esfuerzos por parte de multitud de estudios realizados, la fisiopatología definitiva de los trastornos psiquiátricos posparto sigue siendo difícil de identificar y diagnosticar.

La psicosis puerperal es una afección psiquiátrica potencialmente mortal en todo el mundo, siendo a la vez el más peligroso y el menos comprendido de los trastornos psiquiátricos perinatales.

Afecta a 1-2 de cada 1000 mujeres y constituye una verdadera emergencia psiquiátrica, que requiere hospitalización y tratamiento inmediato.

Tiene un inicio súbito dentro de las dos primeras semanas tras el parto, pero puede aparecer hasta un mes tras el parto.

La falta de conocimiento sobre qué es, cómo reconocerlo y cómo tratarlo, combinado con el estigma sobre los trastornos psiquiátricos perinatales en general y la falta de lugares de tratamiento adecuados hacen que en diversas ocasiones su diagnóstico se retrase por parte del personal sanitario que atiende a la mujer, y las consecuencias a veces pueden ser trágicas.

La psicosis posparto se ha observado y estudiado desde la antigüedad.

Hipócrates describió el primer caso conocido en la literatura médica, en el 400 a.C; su paciente estaba delirante, confundida e insomne dentro de los seis días posteriores al nacimiento de su hijo.

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

Un ginecólogo medieval atribuyó el trastorno a "demasiada humedad en el útero, lo que hace que el cerebro se llene de agua".

A finales del siglo XVIII, los obstetras y neurólogos alemanes y franceses comenzaron a escribir con más frecuencia sobre la enfermedad. En 1858, el psiquiatra francés Louis Victor Marcé publicó una importante y completa monografía sobre los trastornos psiquiátricos pre y posparto titulada "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet".

El tratado de Marcé, si bien sugiere tratamientos que hoy parecen lamentablemente bárbaros (aplicar sanguijuelas en la vulva, por ejemplo), es sin embargo un modelo de observación, y Marcé vio en sus mujeres puérperas los mismos síntomas que los médicos luchan por controlar hoy. Sus observaciones lo llevaron a conjeturar sobre el papel de la respuesta inmune y el sistema endocrino, dos sistemas que hoy en día son ampliamente reconocidos por contribuir a la enfermedad mental posparto.

La psicosis de Donkin, descrita por primera vez por Arthur Donkin en 1863, es una forma específica de psicosis asociada al embarazo y también se conoce como psicosis de eclampsia sin convulsiones. Su etiología y fisiopatología no están claras, al igual que la de la preeclampsia / eclampsia, aunque presumiblemente están relacionadas con factores similares.

Una pieza clave para el buen control de este trastorno es la detección precoz que nos permitirá un tratamiento a tiempo. Quizás no sea tan fácil de prevenir o diagnosticar precozmente como otro tipo de patologías, pero conociendo los factores de riesgo o predisponentes y los síntomas de inicio precoz, se pueda tratar de forma temprana y así evitar situaciones graves.

### **OBJETIVOS**

Identificar los factores de riesgo y clínica temprana de la psicosis puerperal para lograr un diagnóstico precoz, así como conocer el tratamiento y manejo de éste trastorno.

### **METODOLOGÍA**

Se ha realizado una revisión bibliográfica usando los descriptores "Puerperal Disorder", y "Psychotic Disorders" en las bases de datos: Pubmed, Cochrane y Medline. Los criterios de inclusión fueron: trabajos publicados en los últimos 10 años, acceso a texto completo e

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

idioma español o inglés. Se obtuvieron 55 publicaciones, de las cuales se seleccionaron 15 trabajos por su relación con el objetivo de estudio. Los trabajos utilizados se pueden clasificar en: artículos originales, casos clínicos, estudios descriptivos de corte trasversal, y revisiones bibliográficas (narrativas, sistemáticas, investigadoras e integradoras de la literatura).

### **RESULTADOS**

- **CLÍNICA**

Muchos profesionales de la salud piensan de forma errónea que el término "psicosis posparto o puerperal" se puede aplicar para cualquier síntoma psicótico que aparece en el periodo posparto, o que clínicamente es idéntico a la sintomatología de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, no siendo así. De tal forma, que los síntomas asociados a la psicosis puerperal son distintos y únicos a los de otros trastornos psicóticos.

El inicio de la sintomatología ocurre dentro de las primeras dos semanas tras el parto y es típicamente repentino, aunque puede aparecer hasta un mes tras el parto, siendo más común en las dos primeras semanas.

Se han descrito en la literatura en diversas ocasiones las características clínicas distintivas para la psicosis puerperal, que incluyen: desorganización, confusión, despersonalización, insomnio, irritabilidad, delirios extraños (a menudo relacionados con el niño o el parto), y estado de ánimo anormal (manía o agitación, y/o depresión).

Los síntomas de alerta de aparición más precoz incluyen insomnio, ansiedad, irritabilidad o fluctuaciones del estado de ánimo; que a su vez son signos más leves e inespecíficos que los citados anteriormente y añadido a la situación especial en la que se encuentra la mujer, como es el nacimiento reciente de un hijo, hacen que no se piense en un primer momento en la posibilidad de estar ante el inicio de una psicosis puerperal y pensar en que "es normal" para su situación de reciente maternidad.

Aunque los síntomas psicóticos suelen ser la manifestación más evidente y dramática, las mujeres también presentan síntomas relacionados con el estado de ánimo: manía (puede ser irritable o elevada), síntomas depresivos o síntomas mixtos (trastornos maniaco-depresivos).

Un estudio de cohorte clínico reciente rastreó las características fenotípicas de 130 casos de Psicosis Puerperal y describió en base a los resultados tres perfiles de síntomas separados:

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

- Casos caracterizados por manía y/o agitación, con irritabilidad mucho más común que estado de ánimo elevado (34%).
- Casos caracterizados por depresión y/o ansiedad (41%).
- Casos que presentan un perfil atípico o mixto (25%).

En todos los casos, el 25% de las pacientes estaban desorganizadas, el 20% desorientadas, el 10% tenían alteraciones de la conciencia y el 5% desarrollaron catatonia. El 72% tenía un contenido de pensamiento anormal, que con mayor frecuencia consistía en delirios persecutorios, y una minoría tenía alucinaciones.

- **ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO**

La psicosis puerperal es uno de los pocos trastornos psiquiátricos con un desencadenante biológico claro: el parto.

Los primeros psiquiatras que lo describieron (Esquirol y Marcé) notaron que los síntomas frecuentemente se asociaban con embarazos patológicos o malos resultados obstétricos, debido a infecciones, preeclampsia, hipertensión u otros problemas médicos, pero los estudios más recientes no han sido concluyentes sobre si los factores obstétricos y el curso anormal del embarazo predicen de forma consistente el riesgo de padecer psicosis puerperal.

Se han descrito algunos factores de riesgo para padecer psicosis puerperal, entre los que destacan: historia personal de trastorno bipolar, antecedentes familiares de trastorno bipolar, episodio previo de psicosis puerperal, primiparidad, y pérdida de sueño.

Numerosos estudios han encontrado un mayor riesgo de psicosis puerperal en mujeres primíparas, es decir, mujeres que acaban de parir por primera vez. Parte de este riesgo puede deberse al aumento del estrés psicosocial de tener un primer hijo, pero algunos también pueden deberse a factores biológicos desconocidos. La investigación aún no ha aclarado si el tiempo entre embarazos, embarazos con diferentes padres o el sexo del feto puede afectar también al riesgo de una mujer.

Un historial personal de trastorno bipolar es el factor de riesgo individual más fuerte para sufrir psicosis puerperal, con un 20-30% de las mujeres con trastorno bipolar conocido que experimentan psicosis puerperal. Sin embargo, un estudio reciente muestra que solo el 33% de las mujeres que presentaban psicosis puerperal tenían antecedentes psiquiátricos y, de ellas, solo un tercio habían sido diagnosticadas con trastorno bipolar.

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

Existe una evidencia creciente de que algunas mujeres con psicosis puerperal muestran un riesgo del 69% de padecer un episodio no puerperal posterior de trastorno bipolar, y por lo tanto, todas las mujeres que presentan psicosis puerperal deben considerarse trastorno bipolar y tratarse como tal hasta que se demuestre lo contrario.

Existe una fuerte evidencia de que los episodios psicóticos puerperales son hereditarios, aunque es cierto que no se han identificado genes específicos que contribuyan al riesgo, y por lo tanto, serían necesarios más estudios relacionados con esta cuestión.

La preeclampsia y la psicosis puerperal comparten algunos factores de riesgo como son la primiparidad y el alto riesgo de episodios posteriores. Sin embargo, la evidencia hasta el momento no es concluyente, ya que algunos estudios no encontraron un mayor riesgo de psicosis puerperal en mujeres con preeclampsia.

Desde hace tiempo se ha asociado la privación del sueño como desencadenante de algunos trastornos psiquiátricos, como es el caso de la manía. Aunque ha habido muy poca investigación específica para el sueño, se ha asociado la privación del sueño con episodios maníacos o psicosis puerperales. También se ha observado una asociación no significativa entre las mujeres que tienen partos más prolongados o dan a luz en la noche y el desarrollo posterior de psicosis puerperal posterior.

Una de las áreas de investigación activa sobre los orígenes biológicos de la psicosis posparto es la evidencia de una alteración o desregulación del sistema inmunológico de la mujer. Bergink et al. estudiaron varias áreas de disfunción inmunitaria en la psicosis puerperal y encontraron pruebas de un aumento de las tasas de tiroiditis autoinmune (presente en el 19% de los casos y solo en el 5% de los controles), así como la alteración de la elevación normal de células T, y aumento de la proporción de monocitos. Kumar et al. examinaron los tipos de células inmunitarias mediante citometría de flujo y encontraron alteraciones significativas en el número y tipo de células T y células asesinas naturales en mujeres con psicosis puerperal.

En cuanto a la relación de los cambios hormonales debidos al embarazo y período posparto y su relación con la psicosis puerperal, la mayoría de los estudios han mostrado poca diferencia en los niveles absolutos de hormonas reproductivas entre mujeres sanas y aquellas que experimentan síntomas psiquiátricos. Sin embargo, ciertas mujeres parecen ser más vulnerables a las fluctuaciones hormonales. La investigación es escasa y no concluyente respecto a la influencia real de las hormonas reproductivas como desencadenante de la psicosis puerperal, y por lo tanto no está justificado su uso como tratamiento de ésta.

## PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.

Ha habido informes de casos de mujeres con psicosis puerperal que tienen hipoparatiroidismo y síndrome de Sheehan y sobre el papel de la melatonina, pero no con suficiente evidencia que respalde estas asociaciones.

El nivel socioeconómico bajo y los factores estresantes agudos aumentan el riesgo de depresión posparto en las mujeres, pero no afectan el riesgo de psicosis posparto.

- **DIAGNÓSTICO**

La variabilidad en cuanto a la presentación de la sintomatología es una gran dificultad a la hora de realizar un diagnóstico correcto en la psicosis puerperal.

También, debemos tener en cuenta que actualmente, no se cuenta con herramientas de evaluación o detección, ni un conjunto estandarizado de cuestiones o ítem que nos lleven al diagnóstico de psicosis puerperal.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, ampliamente utilizada, detectará síntomas de depresión o ansiedad, pero no puede distinguir entre depresión unipolar y bipolar, ni puede evaluar síntomas de psicosis.

Se pueden realizar una serie de preguntas a la paciente o la familia que pueden ayudar en el diagnóstico y nos pueden ayudar a conocer la situación actual de la mujer, como son:

- ¿Es esta la primera presentación psiquiátrica de la paciente?
- Si tiene antecedentes psiquiátricos, ¿qué alteración ha presentado?, ¿es de depresión, manía o ambos?
- ¿Hay antecedentes familiares de trastorno bipolar?
- ¿Ha estado consumiendo la paciente alguna sustancia (drogas)?
- ¿Tiene la paciente pensamientos de hacerse daño a sí mismo o al niño? Es importante preguntar esto sin juzgar, por ejemplo: "Puede ser muy abrumador ser madre primeriza. A veces, las mujeres tienen miedo y pueden pensar en hacerse daño o hacérselo a sus bebés. ¿Te ha pasado alguna vez?"

Podrá ser de ayuda y aportar algún dato relevante un examen físico completo y examen neurológico.

En caso de presentar síntomas neurológicos, se valorará la realización de imágenes cerebrales y pruebas de detección de encefalitis límbica.

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

Tampoco existe un conjunto de pruebas de laboratorio completamente estándar, debido a la rareza del trastorno, pero la evidencia sobre la etiología biológica ha crecido lo suficiente en este momento como para sugerir un conjunto probable de pruebas de laboratorio, como: un perfil metabólico completo, hemograma completo, análisis de orina, pruebas toxicológicas urinarias, TSH y T4 libre, y nivel de amoníaco.

Se deberá establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías médicas y psiquiátricas que puedan presentar características clínicas similares a las presentes en la psicosis posparto, como son: el "Maternity Blues" o tristeza puerperal, la depresión posparto, trastornos de ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo, delirio, encefalitis autoinmune, Síndrome de Sheehan, síntomas neuro-psiquiátricos asociados a brotes autoinmunes, intoxicaciones, y reacciones adversas a la medicación.

La psicosis posparto es uno de los tres síndromes afectivos que pueden afectar a las mujeres en el posparto, y dada la dificultad de su diagnóstico y la variabilidad en la presentación de sus síntomas, deberemos realizar un diagnóstico diferencial con otras alteraciones o patologías psiquiátricas muy características del período posparto, como son la tristeza puerperal, depresión posparto y el trastorno obsesivo compulsivo posparto.

La tristeza puerperal o "Maternity Blues" afecta al 85-90% de las mujeres, y es un síndrome autolimitado de labilidad del estado de ánimo, llanto y sensación de abrumación, pero sin efectos graves en el funcionamiento de la mujer. Ocurre a los pocos días del nacimiento y generalmente se resuelve en dos semanas. No tiene relación con la historia psiquiátrica y no requiere más intervención que el apoyo.

La depresión posparto es un trastorno más grave que puede incluir bajo estado de ánimo, anhedonia y, a veces, tendencias suicidas. Afecta al 10-20% de las mujeres en posparto. Se define como un episodio depresivo "con inicio periparto", que comienza en el tercer trimestre o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto. Los síntomas deben durar al menos dos semanas para calificar como un episodio depresivo, pero cualquier mujer cuyos síntomas sean severos y afecten a su funcionamiento, y/o que tengan tendencias suicidas, debe sospecharse de una posible depresión incluso si ese criterio de tiempo no se ha cumplido.

La alteración psiquiátrica posparto más difícil de distinguir de la psicosis posparto es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) posparto. Existe evidencia de un mayor riesgo de aparición y exacerbación del TOC durante los períodos de transición reproductiva (embarazo, parto y posparto), y es importante distinguir entre los pensamientos



## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

aterradores comunes en el TOC (obsesiones) y los delirios que caracterizan la psicosis puerperal.

- **TRATAMIENTO**

La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica que requiere hospitalización.

En los países desarrollados, en los hospitales suele haber unidades de hospitalización donde la mujer ingresa con el recién nacido. Estas unidades, promueven el vínculo madre-hijo durante el período de tratamiento de enfermedades mentales graves en el posparto.

Desafortunadamente, éste es un concepto que aún no se ha afianzado en algunos países y hospitales concretos, donde no existen unidades psiquiátricas que permitan a los bebés quedarse con sus madres. Por lo tanto, muchos médicos, ya sean obstetras o psiquiatras, y muchas pacientes y familias, se muestran reacios a la hospitalización materna cuando esto significa una interrupción del vínculo madre-hijo y una interrupción de la lactancia materna. La gravedad de la psicosis posparto, sin embargo, justificaría ésta separación en caso de no ser posible la hospitalización conjunta de madre e hijo, ya que la psicosis posparto se asocia con altas tasas de suicidio e infanticidio, y el tratamiento se administra de forma más segura y rápida en el contexto de la hospitalización de la paciente.

Por lo tanto, cualquier obstetra o personal sanitario que se encuentre con un caso sospechoso de psicosis posparto debe buscar asistencia psiquiátrica inmediata para estas mujeres.

La evidencia acerca del tratamiento de la psicosis posparto está basada prácticamente en pequeños estudios observacionales, puesto que nos encontramos con un trastorno raro y poco frecuente en el que se hace muy difícil realizar estudios experimentales.

Una revisión de 2011 identificó 10 estudios de intervenciones farmacológicas para prevenir la psicosis posparto y 17 para tratarla.

Los tratamientos estudiados incluyeron antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, hormonas, propranolol y terapia electroconvulsiva (TEC), todos los estudios eran informes de casos o pequeños estudios observacionales, en los cuales se encontró alguna evidencia de eficacia para todos los enfoques excepto para la terapia hormonal. La evidencia más sólida se encontró para la TEC, para la cual tres estudios pequeños informaron una mejoría para todas las mujeres que se sometieron a TEC por psicosis posparto.

Desde ese momento, el grupo de Bergink et al., ha publicado numerosos estudios más amplios sobre la etiología y el tratamiento de la psicosis posparto.

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

En el ensayo de tratamientos más amplio hasta la fecha se siguió a 64 mujeres desde su diagnóstico de psicosis posparto hasta los 9 meses posparto, siguiendo un algoritmo de tratamiento de 3 pasos:

- El primer paso fue administrar a la paciente lorazepam a la hora de acostarse (por la noche) durante 3 días. 4 de 64 sujetos remitieron en esta etapa.
- El segundo paso consistió en añadir al tratamiento un antipsicótico (normalmente 2 a 6 mg diarios de haloperidol) el día 4. 12 de los 60 sujetos restantes remitieron en esta etapa.
- El tercer paso fue la adición de litio después de dos semanas de no respuesta a los dos primeros pasos (tratamiento con lorazepam y haloperidol) a un nivel sérico de litio entre 0,8 y 1,2 mmol/L; 47 de los 48 sujetos restantes remitieron en esta etapa (y el paciente restante fue dado de alta en contra del consejo médico antes de la remisión).
- El cuarto paso fue TEC después de 12 semanas sin respuesta a los tres primeros pasos. Ningún sujeto llegó a esta etapa del estudio.

Los investigadores redujeron gradualmente las benzodiazepinas y los antipsicóticos después de la remisión de los síntomas y continuaron con el litio (o los antipsicóticos si el paciente respondió sin litio) durante nueve meses.

Dado que el 98% de los sujetos en el estudio de Bergink respondieron al litio, la mayoría de los psiquiatras perinatales recomiendan la adición temprana de litio. Debido a que existe una alta tasa de recurrencia (más del 54% de recurrencia en un estudio reciente), se recomienda la profilaxis con litio para los episodios posteriores al parto. Esta recomendación se basa en el algoritmo de tratamiento de Bergink et al., como se describió anteriormente en ese estudio, sólo el 10% de los que se mantuvieron con litio durante el período de seguimiento recayeron.

Otro estudio de mujeres que recibieron litio durante el embarazo encontró una tasa de recaída del 11% durante el embarazo y del 29% en el posparto para cualquier episodio del estado de ánimo, incluida la psicosis posparto. Sin embargo, aún no tenemos un estudio que haya examinado la eficacia de la profilaxis para embarazos posteriores en mujeres que han experimentado psicosis posparto en embarazos previos.

Si bien existen riesgos en el uso de litio tanto en el embarazo como en la lactancia, esos riesgos son mucho menores de lo que se pensaba y para muchas mujeres serán superados por los riesgos de padecer psicosis posparto y sus consecuencias (que incluyen el suicidio, el infanticidio, el vínculo entre madre e hijo deficiente y la posterior depresión con consecuencias para el desarrollo infantil).

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

Por lo que las recomendaciones generales de tratamiento farmacológico para psicosis posparto aguda se pueden resumir en:

- Benzodiazepinas (lorazepam 0.5-1.5 mg, por la noche, a la hora de acostarse).
- Antipsicóticos (se prefiere de alta potencia, haloperidol 2-6 mg u olanzapina 10-15 mg).
- Litio (para alcanzar un nivel sérico de 0,8 a 1,2 mmol/L).
- Se reducirán gradualmente las benzodiazepinas y los antipsicóticos una vez lograda la remisión de los síntomas, y se continuará con la monoterapia con litio durante 9 meses (se puede disminuir para alcanzar un nivel sérico de 0,6 a 0,8 después de la remisión de los síntomas si hay efectos secundarios graves).

Para futuros embarazos, se recomienda la monoterapia profiláctica con litio durante el embarazo o inmediatamente después del parto.

Dada la gravedad de los síntomas, el tratamiento farmacológico siempre es necesario en la psicosis posparto, y la evidencia sobre los tratamientos psicosociales es débil. Sin embargo, el apoyo familiar y psicosocial es fundamental para la recuperación de la psicosis posparto. Independientemente del tipo de síntomas involucrados (maníacos, depresivos o ambos).

El insomnio es una característica prominente de la enfermedad y las intervenciones de higiene del sueño son fundamentales.

El apoyo al otro padre, si lo hay, también es importante, al igual que la retroalimentación específica diseñada para mejorar la interacción madre-hijo.

### **CONCLUSIONES**

La psicosis posparto es una patología psiquiátrica grave que ocurre tras el parto y conlleva un alto riesgo tanto para la mujer como para su hijo.

El personal sanitario que atiende a la mujer durante el embarazo, el parto y el período posparto debe solicitar una valoración de la mujer por parte de psiquiatría lo antes posible ante cualquier sospecha de psicosis posparto, o ante la presencia de factores de riesgo de peso para su desarrollo futuro, como son historia personal de trastorno bipolar, antecedentes familiares de trastorno bipolar, episodio previo de psicosis puerperal, y primiparidad y pérdida de sueño acompañadas de otros signos de alarma.

## **PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.**

Es cierto, que aún se desconoce mucho sobre los factores de riesgo o desencadenantes y cómo prevenir su aparición; y añadido a la variabilidad en la presentación de los síntomas y a la rareza o baja incidencia de éste trastorno, se hace muy difícil su diagnóstico correcto y a tiempo.

Sin embargo, existen ciertas características clínicas clave y factores de riesgo que el personal sanitario que atiende a estas mujeres en el proceso, pueden y deben conocer, ya que servirá de mucha ayuda y agilizará el proceso de tratamiento y recuperación. De forma resumida, algunas características clave a tener en cuenta son:

- La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica; si existe una sospecha, la paciente debe someterse a una evaluación psiquiátrica lo antes posible, incluso en la sala de urgencias si fuese necesario.
- Las mujeres con trastorno bipolar diagnosticado tienen mayor riesgo de padecer psicosis posparto, pero es cierto que solo el 33% de las mujeres con psicosis posparto tienen antecedentes psiquiátricos.
- Se debe recoger en la historia de embarazo de a todas las pacientes alguna pregunta sobre sus antecedentes personales y familiares psiquiátricos y concretamente sobre trastorno bipolar.
- Se debe tener presente que las mujeres primíparas tienen mayor riesgo de padecer psicosis posparto.
- Debemos preguntar a las mujeres sobre su patrón de sueño; siempre teniendo en cuenta que durante el embarazo y el período posparto este patrón está alterado respecto al habitual, pero prestaremos especial atención a aquellas que no puedan dormir cuando tengan la oportunidad.
- Se debe preguntar siempre de manera neutral y sin prejuicios, sobre los pensamientos de la mujer de hacerse daño a sí misma o a su hijo, teniendo en cuenta que la distinción importante es si una mujer se siente perturbada u horrorizada por estos pensamientos.

## PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N. Intervenciones preventivas para la psicosis posnatal. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2013*, número 6. Art. No.: CD009991. DOI: 10.1002 / 14651858.CD009991.pub2.
2. Osborne LM. Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018 Sep;45(3):455-468. doi: 10.1016/j.ogc.2018.04.005. PMID: 30092921; PMCID: PMC6174883.
3. VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS; Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 2017 Jul 28;17(1):272. doi: 10.1186/s12888-017-1427-7. PMID: 28754094; PMCID: PMC5534064.
4. Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and Treating Postpartum Depression and Psychosis: A Cost-Effectiveness Analysis. *Matern Child Health J.* 2017 Apr;21(4):903-914. doi: 10.1007/s10995-016-2192-9. PMID: 27832444; PMCID: PMC5380488.
5. Stewart GH, Gadama LA, Kerry V. Puerperal Psychosis: A brief review and unusual case report. *Malawi Med J.* 2019 Jun;31(2):161-163. doi: 10.4314/mmj.v31i2.11. PMID: 31452852; PMCID: PMC6698629.
6. Dazzan P, Fusté M, Davies W. Do Defective Immune System-Mediated Myelination Processes Increase Postpartum Psychosis Risk? *Trends Mol Med.* 2018 Nov;24(11):942-949. doi: 10.1016/j.molmed.2018.09.002. Epub 2018 Oct 19. PMID: 30348609; PMCID: PMC6224363.
7. Forde R, Peters S, Wittkowski A. Psychological interventions for managing postpartum psychosis: a qualitative analysis of women's and family members' experiences and preferences. *BMC Psychiatry.* 2019 Dec 19;19(1):411. doi: 10.1186/s12888-019-2378-y. PMID: 31856785; PMCID: PMC6923990.
8. Forde R, Peters S, Wittkowski A. Recovery from postpartum psychosis: a systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Arch Womens Ment Health.* 2020 Oct;23(5):597-612. doi: 10.1007/s00737-020-01025-z. Epub 2020 Feb 4. PMID: 32020314; PMCID: PMC7497301.
9. Franchi M, Del Piccolo L, Bosco M, Tosadori C, Casarin J, Laganà AS, Garzon S. COVID-19 and mental health in the obstetric population: a lesson from a case of puerperal psychosis. *Minerva Ginecol.* 2020 Oct;72(5):355-357. doi: 10.23736/S0026-4784.20.04606-7. Epub 2020 Jul 28. PMID: 32720801.

## PSICOSIS PUERPERAL: DETECCIÓN Y CUIDADOS.

10. Brockington I. Late onset postpartum psychoses. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Feb;20(1):87-92. doi: 10.1007/s00737-016-0680-y. Epub 2016 Oct 6. PMID: 27714460; PMCID: PMC5237442.
11. Brockington I. Non-reproductive triggers of postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2017 Feb;20(1):55-59. doi: 10.1007/s00737-016-0674-9. Epub 2016 Oct 8. Erratum in: *Arch Womens Ment Health*. 2017 Feb;20(1):61. PMID: 27722949; PMCID: PMC5237449.
12. Blackmore ER, Rubinow DR, O'Connor TG, Liu X, Tang W, Craddock N, Jones I. Reproductive outcomes and risk of subsequent illness in women diagnosed with postpartum psychosis. *Bipolar Disord*. 2013 Jun;15(4):394-404. doi: 10.1111/bdi.12071. Epub 2013 May 7. PMID: 23651079; PMCID: PMC3740048.
13. Meltzer-Brody S, Maegbaek ML, Medland SE, Miller WC, Sullivan P, Munk-Olsen T. Obstetrical, pregnancy and socio-economic predictors for new-onset severe postpartum psychiatric disorders in primiparous women. *Psychol Med*. 2017 Jun;47(8):1427-1441. doi: 10.1017/S0033291716003020. Epub 2017 Jan 23. PMID: 28112056; PMCID: PMC5429203.
14. Mighton CE, Inglis AJ, Carrion PB, Hippman CL, Morris EM, Andrighetti HJ, Batallones R, Honer WG, Austin JC. Perinatal psychosis in mothers with a history of major depressive disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Apr;19(2):253-8. doi: 10.1007/s00737-015-0561-9. Epub 2015 Aug 11. PMID: 26260036; PMCID: PMC4739833.
15. Hellerstedt WL, Phelan SM, Cnattingius S, Hultman CM, Harlow BL. Are prenatal, obstetric, and infant complications associated with postpartum psychosis among women with pre-conception psychiatric hospitalisations? *BJOG*. 2013 Mar;120(4):446-55. doi: 10.1111/1471-0528.12073. Epub 2012 Nov 30. PMID: 23194279; PMCID: PMC4001727.