

Depresión en el posparto inmediato: factores de riesgo

M. Vilouta^a, E. Álvarez Silvares^a, E. Borrajo^a y A. González-González^b

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

^bMedicina de Familia. Centro de Saúde de Vilardevós. Ourense. España.

ABSTRACT

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) can be used to screen for mothers with postnatal depression. The test is applied 3-4 days after delivery and has a high positive predictive value and a sensitivity of 80%.

Patients with a positive EPDS score in the immediate postpartum should undergo subsequent evaluation to establish an early diagnosis of postnatal depression. In our study, the women most likely to develop postnatal depression were those aged more than 35 years who underwent cesarean section and whose infants required admission to the neonatal unit. These women had a relative risk 6 times higher than that of other women. Consequently, these patients should be reevaluated in the late postpartum period.

OBJETIVOS

Evaluar las variables asociadas con la presencia de depresión posparto (DPP) según la Escala de Edimburgo (EPDS) en 400 mujeres que finalizaron su gestación en el Servicio de Obstetricia del Complejo Hospitalario de Ourense durante los meses de enero, febrero y marzo de 2005.

Planificar estrategias de diagnóstico precoz en el grupo de pacientes con mayor riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio longitudinal prospectivo de 400 mujeres de nuestro centro durante el segundo o tercer día del puerperio, para valorar la incidencia y los posibles factores desencadenantes de la DPP. Se aplicó el EPDS al segundo-tercer día posparto, dado que se ha visto que proporciona una alta sensibilidad como valor predictor de la DPP^{1,2}. Se excluyeron del estudio

las pacientes con mal resultado perinatal (partos inmaduros, fetos muertos...).

Para el cribado de la DPP se utilizó el test Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (anexo 1), internacionalmente aceptado en la literatura médica para el diagnóstico de la DPP.

El EPDS consta de 10 preguntas cortas, autoaplicativas, con relación a cómo se han sentido las madres en la última semana. El tiempo máximo para contestar no debe superar los 5 min. Es un test anónimo, en el cual cada respuesta se valora de 0 a 3 puntos, y se obtiene una puntuación global. Se ha usado como punto de corte un resultado ≥ 12 puntos. Este test destaca por su amplia utilización, porque es fácil de interpretar y porque tiene sensibilidad suficiente (en una revisión realizada por Eberhard-Gran et al³, sobre 18 estudios de validación del EPDS durante los años 1987 y 2000, se cita una sensibilidad entre el 65 y el 100%) para considerarlo de elección ante la sospecha de depresión posnatal, aunque debe considerarse siempre como un método de cribado que nos indica la posibilidad elevada de presentar una depresión posparto y que deberá ser confirmada con otros métodos diagnósticos.

Las pacientes con test positivo fueron remitidas a interconsulta ambulatoria y programada al Servicio de Psiquiatría.

Se trata de un estudio de casos (mujeres con una puntuación de la EPDS ≥ 12 , indicativa de depresión posparto) y controles (mujeres con una EPDS < 12) de nuestra base poblacional.

Con posterioridad se procedió a la revisión de la historia clínica del grupo a estudio, en busca de posibles factores relacionados con la presencia de DPP. El estudio estadístico descriptivo se realizó con el programa informático SPSS para Windows (estudio bivariable: t de Student y test exacto de Fisher)

RESULTADOS

No se encontró ninguna paciente con cuadro de depresión severa (según los criterios del EPDS), todas

 Aceptado para su publicación el 13 de abril de 2006.

las pacientes con resultados positivos en la escala de valoración se correspondieron con cuadros leves de la enfermedad.

Estadística descriptiva de nuestro grupo de trabajo

– Se encontraron 85 pacientes con resultado positivo en el EPDS, lo cual implica una incidencia del 21,25%, similar a la descrita por otros autores.

– Edad: el rango de nuestras pacientes fue de 17 a 44 años, con una media de 31 años y moda de 29 y 34. Por grupos de edad: menores de 20 años, 3,75%; entre 21 y 34 años, 71,25%; mayores o de 35 años, 25%.

– Paridad: se encontró un 62,5% de primíparas y un 37,5% de múltiparas.

– Edad gestacional al parto: postérmino 8,75%, a término 86,25% y pretérmino 5%.

– Enfermedad gestacional asociada: sin riesgo gestacional 75%, riesgo gestacional (diabetes mellitus, hipertensión arterial, retraso de crecimiento intraútero, técnicas de reproducción *in vitro*, otras...) 25%.

– Finalización de la gestación: espontánea 68,75%, inducciones del parto 31,25%.

– Vía de parto: vía vaginal 78,75%, vía abdominal (cesáreas) 21,25%.

– Ingreso del recién nacido en neonatología: el 13,75% ingresó en la unidad de neonatología.

– Presencia analítica de anemia: se definió anemia durante la gestación como la presencia de valores de hemoglobina ≤ 11 g/dl o un hematocrito $\leq 33\%$. Según esta definición, el 17,5% de nuestras pacientes presentaban anemia.

Relaciones estadísticas de los factores estudiados con la presencia de depresión posparto

– Grupos de edad/depresión: se encontró mayor incidencia de depresión en el grupo de mayores de 35 años (35%), con significación estadística respecto al grupo de pacientes entre 21 y 34 años (con una incidencia del 17,54%). No se encontró significación con el grupo de menor edad.

– Paridad/depresión: no se encontró significación estadística entre los grupos de primíparas y múltiparas.

– Edad gestacional/depresión: el grupo de pacientes con partos postérmino presentó una mayor incidencia de depresión (50%), con significación estadística respecto a los otros 2 grupos estudiados. No se encontraron diferencias entre término y pretérmino.

– Enfermedad gestacional/depresión: no se encontraron diferencias entre los grupos de bajo y alto riesgo.

– Finalización gestación/depresión: no se encontraron diferencias significativas.

– Vía de parto/depresión: la incidencia de cuadro depresivo fue mayor en las pacientes intervenidas de cesárea que en las que terminaron por vía vaginal, con una clara significación estadística ($p < 0,001$).

– Ingreso recién nacido/depresión materna: las pacientes cuyos hijos ingresaron en la unidad de neonatología presentaron mayor riesgo de depresión posparto, con relevancia estadística ($p < 0,005$).

– Anemia/depresión: las pacientes diagnosticadas de anemia en el posparto presentaron mayor frecuencia de cuadros depresivos con un incidencia del 28,57%, sin embargo no fue estadísticamente significativa.

– Al analizar la asociación de diferentes factores predisponentes se encontró que la incidencia de depresión durante el puerperio aumenta exponencialmente; así, la asociación de los siguientes factores: edad ≥ 35 años más finalización por vía abdominal más ingreso del recién nacido en neonatología, la incidencia de depresión se sitúa en el 75%, con un riesgo relativo de 6.

DISCUSIÓN

Durante la gestación, parto y puerperio, en la mujer suceden una serie de cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor predisposición a la aparición de alteraciones psíquicas. En el posparto se clasifican en: depresión leve, «tristeza posparto» o «*maternity blues*» (síndrome leve y transitorio que se presenta a los 2-4 días del parto y afecta al 20-80% de las mujeres, y que suele desaparecer de forma espontánea y sin secuelas en unas 2 semanas); depresión mayor posparto (que se suele iniciar entre las 2-8 semanas posparto, y en ocasiones incluso tras varios meses, con fuertes sentimientos de culpa, de incapacidad para el cuidado del hijo, ambivalencia afectiva hacia éste), y la psicosis posparto (cuadro grave que se presenta tras el parto en el 1-2% de mujeres, que aparece de forma brusca entre los pocos días y las primeras 8 semanas), suele tener recurrencias frecuentes, y en ocasiones requiere la separación de la madre del hijo si se presentan ideas auto o heteroagresivas.

Si se acepta que el EPDS en el segundo-tercer día posparto oferta un alto valor predictivo de la DPP1, sería factible realizar un cribado de las pacientes de riesgo cara a la prevención de una depresión mayor y sus secuelas sociales, personales y familiares.

Se trata de un problema de salud frecuente, infra-diagnosticado, y dado que el tratamiento comporta

importantes beneficios para la estabilidad de la unidad familiar y el posterior desarrollo de los hijos, nos planteamos hacer un estudio para conocer alguna de las variables relacionadas en nuestro medio con valores de la EPDS, y así poder identificar a las mujeres de riesgo elevado y realizar, en su caso, diagnóstico y tratamiento precoces.

No se conocen con certeza cuáles son los desencadenantes de los trastornos del ánimo en el puerperio. Se han descrito algunos factores de tipo psicosocial, como la presencia de antecedentes psiquiátricos previos (depresión sobre todo en gestaciones anteriores, antecedentes de depresión posparto, o antecedentes familiares de depresión). También podrían influir factores sociodemográficos (edad temprana o tardía de la madre, estado civil, situación económica y laboral de la pareja...), y factores de morbilidad, tanto materna (abortos, problemas de fertilidad en la pareja, complicaciones en el embarazo y en el parto...) como fetal (prematuridad, bajo peso, enfermedades...).

Sin embargo, pocos han sido los estudios que han identificado factores fisiológicos que predisponen a una madre a una depresión posparto. Recientemente se ha identificado una variable, la anemia³, que contribuye a la fatiga y se asocia a síntomas adicionales como apatía, irritabilidad e incapacidad para concentrarse. En todo caso, si la anemia desempeña un papel en el desarrollo de la DPP, ha recibido atención muy limitada. Este estudio se diseñó para tratar de testar la hipótesis de que la presencia de anemia en el posparto inmediato podría asociarse a mayor probabilidad de desarrollo de depresión subsiguiente al nacimiento.

En la revisión de la literatura médica, los datos encontrados respecto a la edad materna como factor de riesgo para la DPP son contradictorios. Se puede citar estudios donde esta variable materna no tiene valor predictivo para DPP y otros donde sí se asocia a edades extremas de la vida reproductiva. En nuestro trabajo se encontró que las pacientes con edades mayores de 35 años tienen una mayor tendencia a presentar DPP con significación estadística. Sin embargo, no ocurre lo mismo en el grupo de pacientes menores de 20 años, donde no se obtuvo significación estadística, posiblemente por tratarse de un grupo reducido de pacientes (n = 15).

No se ha podido relacionar la DPP con la paridad, la presencia o ausencia de complicaciones durante la gestación y el tipo de finalización de la gestación (inducido/espontáneo).

A pesar de no encontrar en la bibliografía ninguna referencia a la posible influencia de la duración de la gestación con DPP, en nuestra serie el antecedente de embarazo cronológicamente prolongado resultó ser

una variable con significación estadística en relación con los partos a término y pretérmino, probablemente relacionada con la ansiedad/angustia que genera el sobrepasar la fecha probable de parto en la gestante. No se encontró diferencia entre partos a término y pretérmino.

Boyce y Todd⁴ encuentran un riesgo relativo de DPP tras parto vía abdominal del 6,82 (intervalo de confianza del 95%, 2,85-16,15) por este mismo dato se confirma en nuestra serie (p < 0,001). Algunos autores lo relacionan con la frustración que presenta la gestante por no concluir por vía natural su gestación.

La presencia de anemia⁵ en el posparto precoz ha sido una de las pocas variables cuantitativas (otras: cortisol plasmático, disminución del triptófano libre en suero, alteración de la función tiroidea...) relacionada como factor predictivo del desarrollo de DPP, si bien su implicación no queda totalmente demostrada, se podría justificar dado que una concentración baja de hemoglobina se asociaría a síntomas de anemia (fatiga, astenia, apatía, cefalea, irritabilidad; si bien muchos de estos síntomas son comunes con el cuadro de ansiedad, depresión). En nuestro trabajo se observó que las pacientes con anemia en el posparto inmediato tienen mayor frecuencia de DPP, si bien no se encontró significación estadística.

CONCLUSIONES

– La incidencia de *maternity blues* en nuestro medio fue del 21,25% al realizar el cribado con el EPDS en el segundo-tercer día posparto. En la bibliografía hay suficientes referencias respecto a que el EPDS en el segundo o tercer día posparto tiene una sensibilidad del 80% como valor predictivo de la DPP, lo cual justifica nuestro estudio.

– Fueron factores de riesgo de DPP con significación estadística en nuestro estudio: la edad materna superior a 35 años, el antecedente de gestación cronológicamente prolongada, la finalización de la gestación mediante intervención de cesárea y el ingreso en la unidad de neonatología del recién nacido.

– Este grupo de pacientes con valor predictivo positivo de DPP debería entrar en un programa de detección precoz de DPP a las 2 semanas posparto, cara a disminuir la incidencia de complicaciones psicológicas, familiares y sociales derivadas del propio cuadro.

– Aunque la variable cuantitativa «anemia» no presentó significación estadística, por lo que no se puede afirmar que haya una relación causal, de todas formas si la anemia tiene un efecto negativo en la calidad de vida es concebible que pudiera contribuir o agravar la depresión materna. Se requieren estudios futuros para

determinar la relación entre estas variables y evaluar si el uso de suplementos férricos podría reducir la tasa de desarrollo de DPP.

RESUMEN

El test Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) se puede emplear como método de cribado de la depresión posparto (DPP); al aplicarlo en el segundo-tercer día del puerperio presenta un alto valor predictivo positivo, con una sensibilidad del 80%.

Las pacientes con EPDS positivo en el puerperio inmediato, deberían ser candidatas a una evaluación posterior para el diagnóstico precoz de la DPP. Según nuestro trabajo, las mujeres del grupo de edad mayor de 35 años que finalizan su gestación mediante intervención de cesárea y cuyos hijos requieren ingreso en la unidad de neonatología son las que presentan mayor probabilidad de desarrollar una DPP, con un ries-

go relativo 6 veces superior, por lo que estas pacientes deberían reevaluarse en el puerperio tardío.

BIBLIOGRAFÍA

1. Teissedre F, Chabrol H. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale*. 2004;30: 376-81.
2. Teissedre F, Chabrol H. Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *Can J Psychiatry*. 2004;49: 51-4.
3. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Ove Samuelsen S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104: 243-9.
4. Boyce PM, Todd AL. Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*. 1992;157: 172-4.
5. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. Low hemoglobin level is a risk factor for postpartum depression. *J Nutr*. 2003; 133:4139-42.

ANEXO 1. Usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor, SUBRAYE la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días. Se trata de un cuestionario anónimo

En los últimos 7 días:

1. *He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:*

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

2. *He mirado al futuro con placer:*

- 0 Tanto como siempre
- 1 No tanto ahora
- 2 Mucho menos
- 3 No, no he podido

3. *Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, algunas veces
- 2 No muy a menudo
- 3 No, nunca

4. *He estado ansiosa y preocupada sin motivo:*

- 0 No, nada
- 1 Casi nada
- 2 Sí, a veces
- 3 Sí, a menudo

5. *He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:*

- 0 Sí, bastante
- 1 Sí, a veces
- 2 No, no mucho
- 3 No, nada

6. *Las cosas me agobian:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a veces
- 2 No, casi nunca
- 3 No, nada

7. *Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, a menudo
- 2 No, muy a menudo
- 3 No, nada

8. *Me he sentido triste y desgraciada:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, bastante a menudo
- 2 No, muy a menudo
- 3 No, nada

9. *He estado tan infeliz que he estado llorando:*

- 0 Sí, casi siempre
- 1 Sí, bastante a menudo
- 2 Sólo ocasionalmente
- 3 No, nunca

10. *He pensado en hacerme daño a mí misma:*

- 0 Sí, bastante a menudo
- 1 Sí, a menudo
- 2 Casi nunca
- 3 No, nunca