



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



REVISIÓN DE CONJUNTO

Evaluación del impacto del parto mediante cesárea frente el parto vaginal en mujeres con depresión posparto: revisión sistemática cualitativa



R. Herrero Vicent^a y C. Herrero Vicent^{b,*}

^a Facultad de Medicina, Universidad CEU Cardenal Herrera Castellón, Castellón, España

^b Servicio de Oncología Médica, Hospital Provincial de Castellón, Castellón, España

Recibido el 12 de febrero de 2021; aceptado el 28 de abril de 2021

Disponible en Internet el 30 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

Depresión posparto;
Cesárea;
Parto vaginal;
Riesgo;
Vía de parto

Resumen La depresión posparto es una patología frecuente, estigmatizada, con implicaciones socio-familiares. El objetivo es revisar si existe relación entre el parto mediante cesárea comparado con la vía vaginal de parto, en el riesgo de padecer depresión posparto. En la revisión se realiza una búsqueda en PubMed; se incluyeron estudios donde se comparaba el parto vaginal vs. cesárea en relación con la depresión posparto. Tras aplicar los criterios de elegibilidad, se obtuvieron 11 artículos de interés. La literatura revisada mostró resultados heterogéneos y no concluyentes respecto a la relación directa entre la vía de parto y la depresión posparto. La asociación de la vía de parto con el riesgo de padecer este trastorno sigue siendo controversial. © 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Postpartum
depression;
Caesarean section;
Vaginal delivery;
Risk;
Delivery mode

Evaluation of the impact of caesarean delivery versus vaginal delivery in women with postpartum depression: a review

Abstract Postpartum depression is a very frequent, yet stigmatized illness, and it may carry serious family and social implications. The main aim of this review is to review whether there is a link between caesarean section and the risk of postpartum depression, compared with vaginal delivery. The main search was performed on PubMed. Articles that compared vaginal delivery with caesarean section in relation to postpartum depression were included. After applying eligibility criteria, 11 relevant articles were obtained. The reviewed literature showed heterogeneous and inconclusive results regarding the direct link between delivery mode and postpartum depression. Conclusions. The relationship between mode of delivery and risk of postpartum depression remains controversial.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carmendcn@hotmail.com (C. Herrero Vicent).

Introducción

El embarazo y el puerperio conllevan cambios y desajustes hormonales, bioquímicos y psicológicos, que favorecen la aparición de trastornos psíquicos en la mujer en el periodo del posparto. Desde un 15% a un 80% de las mujeres experimentará algún tipo de sintomatología psíquica, variando desde molestias leves, como sentimientos de tristeza o llanto, pasando por dificultad para establecer un vínculo materno-filial satisfactorio, hasta escenarios graves como ideación suicida¹. Los principales trastornos del ánimo durante este periodo son los denominados: tristeza posparto o «*Maternity blues*», depresión posparto, y psicosis posparto, los cuales pueden presentarse pasadas algunas semanas, o incluso meses tras el parto¹⁻³.

La depresión posparto suele iniciar en la segunda o tercera semana tras el nacimiento, y puede perdurar desde meses hasta años, sin tratamiento². El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), incluyó como novedad con respecto a su anterior versión el trastorno depresivo mayor de inicio en el periparto, que se desarrolla durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas postparto, aunque este punto generó cuestionamientos, ya que a efectos clínicos y de investigación, el mayor periodo de vulnerabilidad para desarrollar depresión posparto alcanza hasta los tres meses posparto⁴. La expresión clínica de este trastorno puede incluir: estado de ánimo deprimido, tristeza o llanto persistentes, disminución del interés o anhedonia, cambios en los patrones del sueño, pérdida de concentración o falta de atención, dificultad de vincularse con el recién nacido o imposibilidad de cuidar de él, pensamientos negativos hacia el bebé, sensación de que lo puede dañar, sentimientos de culpa o incluso pensamientos de autolesión e ideación suicida^{1,2,5}.

Según la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), la prevalencia de la depresión posparto oscila desde el 0,9% hasta el 25% en países desarrollados, y de un 8,2% a 38% en países en vías de desarrollo, representando así un problema de salud pública^{2,6}. En ocasiones, debido a la desinformación sanitaria, o bien a la vergüenza y el sentimiento de fracaso de la propia madre, no se llegan a identificar; siendo con frecuencia infradiagnosticados. Muchas mujeres no consiguen acceso a un tratamiento oportuno al carecer de un diagnóstico médico. Así pues, este trastorno representa a día de hoy una de las principales complicaciones perinatales. Afecta seriamente a la salud física y emocional de la madre, teniendo un impacto negativo, a su vez, en el entorno socio-familiar de quien los padece^{2,7}.

Aunque no se conocen claros desencadenantes de dicho trastorno, se proponen algunos factores de riesgo que orientan a un origen multifactorial. Entre estos se encuentran: alteraciones psicológicas durante el embarazo, historia previa de depresión o ansiedad, embarazo no deseado, falta de apoyo familiar o social, pobre relación marital, separación de la pareja, entre otros. Las complicaciones durante el embarazo, el parto o después del mismo, han sido identificadas como factor de riesgo en la etiología de la depresión posparto^{1,2,5,6,8}.

La cesárea es una de las cirugías más comunes en todo el mundo, representando aproximadamente un 18.6% de ellas.

Bajo indicación médica, la cesárea puede proteger la salud y supervivencia de la madre y el feto. A pesar de ello, esta vía de parto también tiene efectos adversos, podría aumentar el riesgo de complicaciones maternas, de re-hospitalización y llegar a tener un impacto negativo en la psicología de la madre, lo cual podría incrementar el riesgo de depresión posparto⁵.

Algunos estudios han sugerido que el parto mediante cesárea puede incrementar el riesgo de padecer depresión posparto, frente a la vía vaginal de parto^{5,9,10}. Otros estudios, sin embargo, han concluido que la vía de parto no influye en la etiología de este trastorno^{11,12}, si bien esta asociación sigue siendo a la fecha poco concluyente y controversial^{5,11,13}.

Dada la alta prevalencia de estos trastornos y efectos negativos sobre la madre, el feto y el entorno socio-familiar, es importante identificar los factores de riesgo implicados en su etiología con el fin de fomentar su conocimiento en el ámbito médico, vindicar su importancia y subsanar el impacto negativo que conlleva el infradiagnóstico para las mujeres que lo padecen.

El presente trabajo de revisión sistemática cualitativa pretende revisar si se ha identificado un claro papel etiológico de los factores obstétricos (parto mediante cesárea, frente a vía vaginal), en la etiología de los trastornos del ánimo del posparto, concretamente de la depresión posparto.

Objetivos

El principal objetivo de este trabajo de revisión sistemática cualitativa es:

- Realizar una revisión de la literatura científica donde se compare el impacto de las diferentes vías de parto (cesárea vs. vía vaginal) en el riesgo de padecer depresión posparto.

Los objetivos secundarios engloban:

- Revisar si se han encontrado diferencias significativas entre los subtipos de parto vaginal, parto vaginal espontáneo/no complicado y el parto vaginal instrumentado/complicado, en el riesgo de padecer depresión posparto.
- Evaluar si se han encontrado diferencias entre los subtipos de cesárea; cesárea de emergencia y cesárea electiva, en el riesgo de padecer depresión posparto.
- Revisar si otros factores obstétricos o consecuencias derivadas de las diferentes vías de parto, se asocian al riesgo de padecer depresión posparto.

Material y métodos

Estrategia de búsqueda

Para realizar este trabajo de revisión sistemática cualitativa se seleccionaron principalmente artículos desde PubMed, el motor de búsqueda de libre acceso que recoge los contenidos de la base de datos Medline.

Tabla 1 PICO y Cadena de búsqueda

Pregunta PICO	Término Libre	Término MeSH	Conexión
P: Mujeres con trastornos del estado del ánimo en el puerperio.	Depresión Posparto. Trastornos del ánimo.	<i>Postpartum depression.</i> <i>Postnatal depression.</i> <i>Mood disorders.</i>	((<i>postpartum depression</i> OR <i>Postnatal depression</i> OR (<i>mood disorders</i> AND <i>postpartum</i>)))
I: Parto mediante cesárea.	Cesárea.	<i>Cesarean section.</i> <i>C-section.</i>	(<i>cesarean section</i> OR <i>c-section</i>)
C: Parto natural o parto vaginal.	Parto vaginal.	<i>Natural Childbirth.</i> <i>Obstetric delivery.</i> <i>Labor.</i>	(<i>natural childbirth</i> OR <i>obstetric delivery</i> OR <i>labor</i>)
O: ¿Existe más riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo (depresión posparto) en mujeres sometidas a cesárea, que en mujeres que alumbraron por vía vaginal? ¿Se identifica alguna diferencia entre a los diferentes tipos de cesárea o diferentes tipos de parto vaginal, en el riesgo de padecer depresión posparto? ¿Influyen otros factores derivados del tipo de parto, en la depresión posparto?			
El resultado de la cadena de búsqueda fue: (((<i>postpartum depression</i> OR <i>Postnatal depression</i> OR (<i>mood disorders</i> AND <i>postpartum</i>))) AND (<i>cesarean section</i> OR <i>c-section</i>)) AND (<i>natural childbirth</i> OR <i>obstetric delivery</i> OR <i>labor</i>).			

La pregunta de revisión se estableció mediante el sistema PICO. La cadena de búsqueda integró descriptores obtenidos mediante los tesauros MeSH y DeCS, y el sistema de operadores booleanos recogidos en la [tabla 1](#)

Selección de estudios

Tras la búsqueda, la primera selección de artículos contempló la disponibilidad del «*Abstract*» y «*Full text*» de los artículos, el estudio sobre humanos y la antigüedad máxima de 5 años. Los idiomas de los artículos incluyen inglés y español. Posteriormente, se leyeron los títulos y *keywords* de todos ellos para evaluar si estaban directamente relacionados con el tema, o si compartían *Keywords* y términos MeSH de interés para la revisión. Tras ello, se leyeron los *Abstract* de los artículos resultantes y se eliminaron los que no se adaptaban a los objetivos de la revisión.

También se obtuvieron artículos mediante fuentes indirectas. Se eliminaron los que sobrepasaban los 5 años de antigüedad, y se procedió a leer los títulos, *Abstract* y *Keywords* de cada uno de ellos. Tras finalizar esta primera selección, se procedió a la lectura profunda de los artículos seleccionados y se aplicaron los criterios de elegibilidad.

La declaración PRISMA de la búsqueda se muestra en la [figura 1](#).

Criterios de elegibilidad

Durante la lectura detenida de los artículos se aplicaron, en primer lugar, los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios observacionales publicados como artículos originales.
- Estudios donde la cohorte experimentase, como mínimo, parto vía vaginal y parto mediante cesárea.
- Se incluyeron estudios que evaluaron los subtipos de parto vaginal (espontáneo/no complicado o

instrumentado/complicado), o los subtipos de cesárea (electiva y de emergencia).

- Estudios en los que la depresión posparto fuese un resultado principal o relevante.
- Estudios que excluyesen de la muestra a mujeres con historia de enfermedad mental, enfermedad mental durante el embarazo o que se encontrasen en tratamiento por ello.
- Estudios que incluyesen a mujeres con enfermedad mental previa y ajustasen esta covariable (de interés o confusión).

A continuación se rechazaron aquellos artículos que cumplieron con los siguientes criterios de exclusión:

- Revisión narrativa, sistemática o meta-análisis (n = 3).
- Estudio en curso (n = 1).
- Estudios que únicamente incluían partos múltiples (n = 1).
- Estudios que no contemplaban los trastornos mentales previos en las mujeres como covariable (de interés o de confusión) (n = 3).
- Estudios que no evalúan /comparan resultados con vía vaginal de parto (n = 3).
- Estudios donde el riesgo de padecer DPP no se trate como un objetivo o un resultado relevante (n = 1).
- Estudios donde la población muestral padeciese algún tipo de enfermedad específica y relevante para dicho estudio, como la diabetes gestacional.

El diagrama de flujo se muestra en la [figura 1](#).

Evaluación de la calidad. Control de riesgo de sesgos

Para considerar que la calidad de los estudios fuese suficientemente buena, se utilizó la *Newcastle-Ottawa quality assessment Scale*, la escala de evaluación de riesgo de sesgos recomendada por la Colaboración Cochrane.

Tabla 2 Características generales de los estudios seleccionados.10

Autor (Año) País	N	Grupos	Diseño de estudio	Evaluación riesgo DPP/ síntomas depresivos	Seguimiento	Resultados	Evaluación de la calidad y Riesgo de sesgos (Newcastle-Ottawa Scale)
Faisal-Cury & Menezes ¹² (2018) Brasil	N = 482	- PVE - PVC - CS	Cohorte	SRQ-20	Entre 1-16 meses posparto.	No se halló un mayor R de padecer DPP en relación a las vías de parto evaluadas en los 1-16 meses posparto.	Estrellas: 8 (Bajo R) Selección: Comparabilidad: Resultado:
Hanlon & Beckmann ¹³ (2015) Australia	N = 3.021	- PVE - PVI o CS	Cohorte	UPNC	A los 7-10 días posparto.	No se halló una relación significativa entre las vías de parto evaluadas, y la DPP en el período posparto inmediato.	Estrellas: 7 (Bajo R) Selección: Comparabilidad: Resultado:
Chen et al. ¹⁴ (2016) China	N = 25.238	- PV - CS	Cohorte	CIE-9-MC	Durante 1 año posparto.	El parto mediante CS no mostró una relación significativa con la DPP, comparado con el PV. El parto mediante CS sí se relacionó con más altos niveles de estrés comparado con el PV.	Estrellas: 9 (Bajo R) Selección: Comparabilidad: Resultado:
Nam et al. ¹⁵ (2017) Corea	N = 81.447	- PV - CS	Cohorte	CIE-10	Durante 6 meses posparto.	El parto mediante CS fue relacionado con un aumento del R para padecer depresión posparto, comparado con el PV.	Estrellas: 8 (Bajo R) Selección: Comparabilidad: Resultado:
Kim & Dee ¹⁶ , (2018) California	N = 223	- PV - CS	Transversal	EPDS (+10)	No especificado.	El parto mediante PV supuso casi la mitad de R de padecer DPP, comparado con el parto mediante CS	Estrellas: 6 (Alto R) Selección: Comparabilidad: Resultado:
Autor (Año) País	N	Grupos	Diseño de estudio	Evaluación riesgo DPP/ síntomas depresivos	Seguimiento	Resultados	Evaluación de la calidad y Riesgo de sesgos (Newcastle-Ottawa Scale)
Smorti et al. ¹⁷ (2019) Italia	N = 161	- PVE - PVI - PV (E/I) - EmCS	Cohorte	EPDS	Al 1 mes posparto.	El parto mediante CS fue relacionado con un aumento del riesgo para padecer DPP, comparado con el PV. El PVI fue relacionado con un aumento del R para padecer PPD, comparado con el PVE	Estrellas: 6 (Alto R) Selección: 1Comparabilidad: 2Resultado:
3Dekel et al. ¹⁸ (2019) Estados Unidos	N = 685	- PV (PVE y PVI) - EmCS - ElCS	Cohorte	BSI	A los 3 meses posparto.	El parto mediante CS o PVI reveló más prevalencia de trastornos psiquiátricos durante el posparto (incluyendo depresión)	Estrellas: 6 (Alto R) Selección: 1Comparabilidad: 2Resultado:

Tabla 2 (continuación)

4Autor (Año) País	N	Grupos	Diseño de estudio	Evaluación riesgo DPP/ síntomas depresivos	Seguimiento	Resultados	Evaluación de la calidad y Riesgo de sesgos (Newcastle-Ottawa Scale)
3Eckerdal et al. ¹⁹ (2017) Suecia	N = 38.888	- PVE - PVI - EmCS - EICS	Cohorte	EPDS (+12)	A las: 6 semanas y 6 meses posparto.	Las vías de parto evaluadas no tuvieron un impacto directo en el R de padecer DPP. EmCS y PVI estuvieron indirectamente asociados con un mayor R de padecer DPP (consecuencias del parto)	Estrellas: 7 (Bajo R) Selección: 1Comparabilidad: 2Resultado:
2Autor (Año) País	N	Grupos	Diseño de estudio	Evaluación riesgo DPP/ síntomas depresivos	Seguimiento	Resultados	Evaluación de la calidad y Riesgo de sesgos (Newcastle-Ottawa Scale)
Kjerulff & Brubaker ²⁰ (2018) Estados Unidos	N = 3.006	- PVE - PVI - EmCS - EICS	Cohorte	FBS-BES y EPDS (+12)	1, 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses posparto.	El modo de parto fue la variable más fuertemente asociada a las puntuaciones mas altas en la FBS. Puntuaciones altas en la FBS se asociaron a DPP. El PVE reportó los sentimientos más positivos sobre la experiencia de parto en la FBS, comparado con el parto mediante CS, la cual tuvo los menos positivos. Las mujeres con EmCS, tuvieron más R a sentirse decepcionadas, enfadadas y fracasadas, comparados con el PV (PVE/PVI) y la EICS.	Estrellas: 6 (Alto R) Selección: 1Comparabilidad: 2Resultado:
3Zanardo et al. ²¹ (2018) Italia	N = 2.234	- PV - EICS - EmCS	Cohorte	EPDS (+12)	Segundo día posparto.	El R de padecer DPP fue comparable en las diferentes vías de parto. Se halló más anhedonia tras EmCs, y mas ansiedad tras EICs	Estrellas: 6 (Alto R) Selección: 4Comparabilidad: 3Resultado: *
Unsal Atan et al. ⁷ (2018) Turquía	N = 956	- PV - EmCS	Transversal	EPDS (+13) y POBS	Entre 6-8 semanas posparto.	No se hallaron diferencias significativas entre las vías de parto evaluadas, y el R de padecer DPP.	Estrellas: 4 (Alto R) Selección: 2Comparabilidad: 3Resultado:

3PV: parto vaginal; PVI: parto vaginal instrumentado; PVE: parto vaginal espontáneo; CS: cesárea, EICS: cesárea electiva; EmCS: cesárea de emergencia; DPP: depresión posparto; UPNC: Universal Post Natal Contact; SRQ-20: *Self Report Questionnaire*; ICD-9-CM: *International Clasifications of Diseases-9 revision-Clinical Modification*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BSI: *Brief Symptom Interventory*; FBS-BES: *Birth Experience Scale*; POBS: *Perception Of Birth Scale*; EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

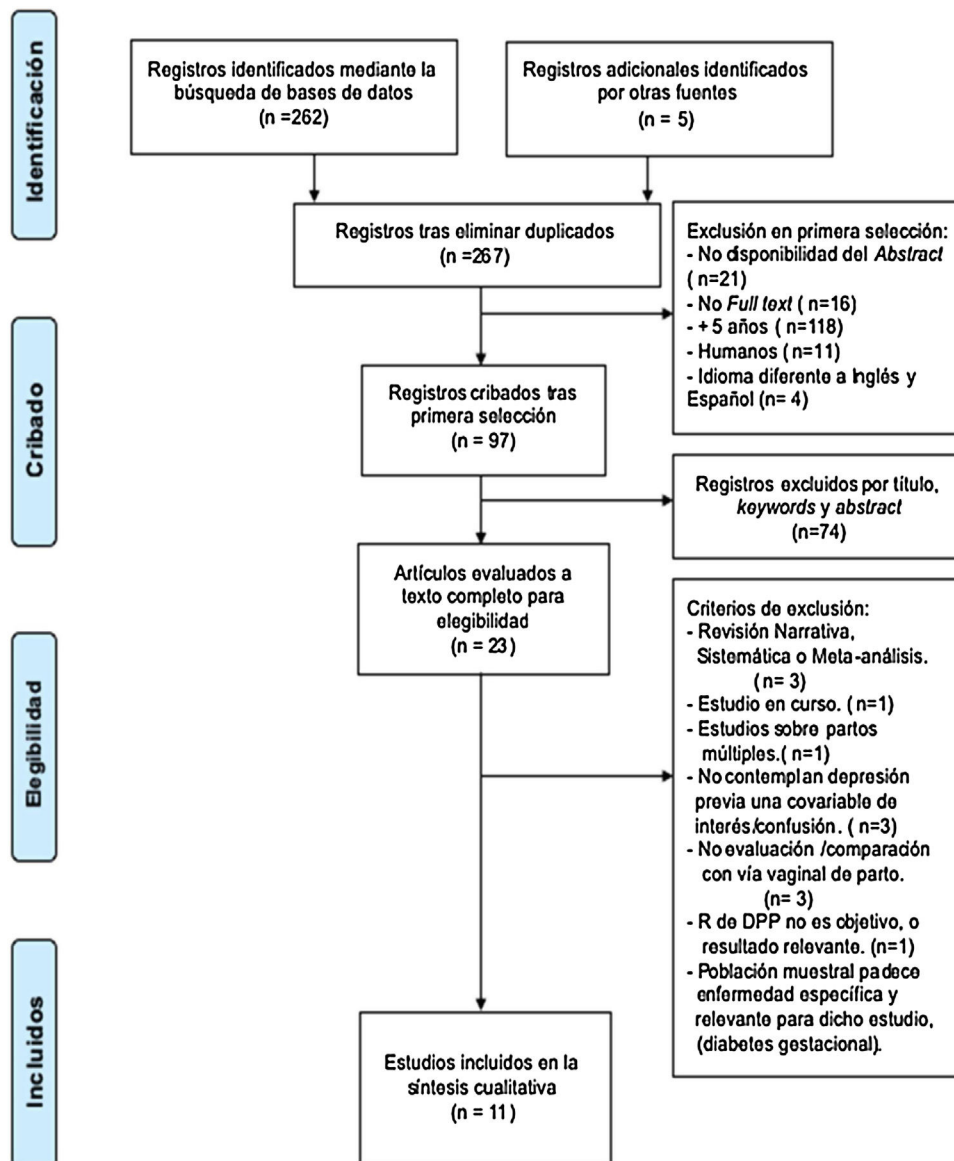


Figura 1 Diagrama de flujo de la búsqueda.

La categoría de «comparabilidad», incluyó la evaluación del correcto control de las variables que podían influir fuertemente en el resultado principal. Concretamente, el correcto ajuste como covariable (de confusión o interés) de la depresión materna previa al embarazo, durante el embarazo; o la ansiedad o síntomas depresivos previos al parto. También se prestó atención a la descripción de los criterios de inclusión de las mujeres seleccionadas en los estudios, para saber si la población muestral sería representativa para la población general. El riesgo de sesgo encontrado en cada uno de los estudios se muestra en la [tabla 2](#).

fuentes indirectas se obtuvieron otros 5 artículos que se consideraron relevantes. La primera selección de artículos redujo la búsqueda a 97 artículos, de los cuales se leyeron los títulos, *Keywords* y *Abstract* y se descartaron 74 artículos por no estar relacionados directamente con el tema o no compartir las *keywords* o términos MeSH requeridos. De este modo, se recopilaron 23 artículos de interés que fueron posteriormente evaluados para elegibilidad. Siguiendo los criterios de exclusión, se rechazaron 12 artículos ([tabla 3](#)). Finalmente fueron recuperados 11 artículos para elaborar esta revisión sistemática.

Resultados

Resultados de la búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó en la base de datos Pub-Med, y se obtuvieron un total de 262 resultados. Mediante

Características de los estudios

Los estudios resultantes incluían, como mínimo, y cumpliendo con los criterios de inclusión establecidos: mujeres que alumbraron mediante parto vía vaginal, y mediante cesárea. A su vez, todos los estudios evaluaron el efecto

Tabla 3 Exclusión de documentos

Autor, año	Principal razón de exclusión
Cappell y Pukall, 2017	La depresión posparto se presenta como un resultado secundario, no relevante.
Pranal, Legrand, de Chazeron et al., 2019	Estudio en curso.
Hutton et al., 2015	Estudio que únicamente incluye partos múltiples.
Gamez y Habib, 2017	No artículo original. Revisión narrativa.
Chandrasekaran et al., 2018	No evalúa /compara resultados con vía vaginal de parto.
Maimburg y Væth, 2015	No evalúa /compara resultados con vía vaginal de parto.
Kaya y Çiğdem, 2019	No se contempla como covariable la enfermedad mental previa de las madres.
Prado et al., 2018	No se contempla como covariable la enfermedad mental previa de las madres.
Meltzer-Brody et al., 2017	No evalúa/compara resultados con vía vaginal de parto.
Chang et al., 2015	No se contempla como covariable la enfermedad mental previa de las madres.
Olieman et al., 2017	No artículo original. Revisión sistemática.
Xu et al., 2017	No artículo original. Meta-análisis.

de las vías de parto estudiadas en la salud mental de la madre durante el periodo posparto^{7,12-21}. Las características generales de los 11 estudios quedan recogidas en la [tabla 2](#).

Algunos autores estudiaron el impacto de la cesárea frente al parto vaginal en el riesgo de padecer depresión posparto¹⁴⁻¹⁶. En cambio, otros autores estudiaron los subtipos de estas dos vías de parto: cesárea de emergencia y cesárea electiva²¹; parto vaginal instrumentado y parto vaginal espontáneo^{12,13}. Otros cuatro autores incluyeron estos cuatro subtipos de parto en su estudio¹⁷⁻²⁰. Tres artículos evaluaron, además, algunas consecuencias asociadas a las vías de parto, como la interrupción de la lactancia¹⁵ o la experiencia subjetiva de las madres respecto al parto^{19,20}. Estos últimos pretendían conocer en qué medida estas consecuencias del parto suponían un riesgo para desarrollar depresión posparto y en que vía de parto eran más frecuentes.

La evaluación de los síntomas depresivos se llevó a cabo mediante diferentes escalas, o instrumentos: Varios autores^{7,16,17,20,21} emplearon la EPDS (*Edinburgh Post Natal Depression Scale*), una herramienta ideada y validada para detectar sintomatología depresiva en el posparto. Se trata de un cuestionario de 10 ítems, con una puntuación que oscila de 0 a 3 puntos, según aumenta la severidad del síntoma. La puntuación final puede variar de 0 a 30 puntos. Las puntuaciones más altas indican niveles más altos de síntomas depresivos¹⁷. Autores como Kjerulff y Brubaker²⁰, y Unsal Atan et al.⁷, desarrollaron instrumentos para medir la experiencia subjetiva de la madre con respecto a su parto, buscar una relación entre esta percepción subjetiva, y la puntuación que obtuvieron en la EPDS. Estas dos escalas fueron la FBS-BES (*FBS-Birth Experience Scale*)²⁰ y la POBS (*Perception Of Birth Scale*)⁷. Otros dos autores utilizaron la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en sus versiones CIE-9-MC¹⁴ y CIE-10¹⁵.

Como se puede observar, las líneas de desarrollo encontradas presentan un alto grado de heterogeneidad, tanto en la selección de las vías de parto analizadas como en la selección de las escalas o inventarios para evaluar la depresión. Además, los estudios variaron en las medidas de los resultados, lo que condujo a elaborar una síntesis cualitativa de los mismos.

Análisis cualitativo de los resultados

Parto vaginal vs. cesárea y depresión posparto

Tres estudios en total compararon estas dos vías de parto en general, sin hacer distinciones entre ellas, parto vaginal (PV) vs. cesárea (CS), en el riesgo de padecer depresión posparto (DPP). Así pues, este grupo de artículos es el que intentó dar respuesta al objetivo principal de la presente revisión.

Autores como Nam et al.¹⁵ y Kim y Dee¹⁶, encontraron resultados positivos entre la CS, y el aumento de riesgo de padecer DPP. Estos últimos observaron que el PV supuso casi la mitad de riesgo de padecer depresión que la CS¹⁶. La evaluación de la depresión en esta población se realizó mediante la escala EPDS, suponiendo a la puntuación >10 como un alto riesgo de padecerla. Nam et al.¹⁵ observaron una incidencia de DPP más alta en las mujeres que se sometieron a CS, comparado con el PV durante los primeros 6 meses posparto. En esta ocasión emplearon la CIE-10 para evaluar los síntomas depresivos.

Por el contrario, Chen et al.¹⁴ concluyeron que el parto mediante CS no presentó un riesgo más alto de depresión durante el primer año posparto, aunque sí se relacionó con niveles más altos de estrés, comparado con el PV. Evaluaron los niveles de depresión mediante la CIE-9-CM.

La comparación de los resultados de estos artículos entre estas dos vías no condujeron a consenso y las conclusiones finales llegaron a ser opuestas.

Subtipos de parto vaginal vs. cesárea, y depresión posparto

Se examinaron los diferentes tipos de PV dividiéndolos en: PV instrumentado (fórceps, ventosa)¹³, PV complicado (episiotomía o 2.º grado o más de laceración)¹², y PV espontáneo (sin intervención médica). Se evaluó la relación de estos subtipos de parto con la DPP, comparándolos con la CS. Los resultados de los diferentes estudios que incluyeron estos tipos de parto mostraron bastante disparidad.

Hanlon y Beckmann¹³ no encontraron una asociación significativa de la vía de parto, con el padecimiento de síntomas depresivos en el periodo posparto inmediato (7 a 10 días posparto). Según ellos, las mujeres que tuvieron un PV espontáneo, PV instrumentado o CS, reportaron una

proporción de síntomas similares en la escala UPNC, que evaluaba la morbilidad psicológica.

Faisal-Cury y Menezes¹² tampoco hallaron diferencias entre el PV complicado, el PV espontáneo y la CS en el riesgo de padecer depresión, esta vez, entre los 6 y los 16 meses posparto. Ellos evaluaron los síntomas depresivos mediante el SRQ-20, un cuestionario desarrollado para el cribado de desórdenes mentales comunes.

Unsal Atan et al.⁷ evaluaron a las mujeres entre 6 y 8 semanas tras el parto mediante la EPDS. No encontraron diferencias significativas entre las vías de parto analizadas, pero hallaron que la puntuación en la EPDS fue más alta en mujeres que tuvieron PV instrumentado, en concreto, con el uso de enema y la amniotomía.

En cambio, Smorti et al.¹⁷ y Dekel et al.¹⁸, en 2019, coincidieron en que el parto mediante CS y el PV instrumentado supusieron un aumento de riesgo para padecer sintomatología depresiva en el posparto, comparado con el PV espontáneo. El primero evaluó la depresión al mediante el BDI (*Beck Depression Inventory*) 1 mes tras el nacimiento¹⁷. Dekel et al.¹⁸, en cambio, evaluaron los síntomas a los tres meses posteriores al nacimiento mediante la EPDS.

Subtipos de cesárea vs. parto vaginal, y depresión posparto

Los subtipos de CS, CS de emergencia y CS electiva, se compararon con el PV y se estudió su impacto en el riesgo de padecer DPP.

En 2018, Zanardo et al.²¹ estudiaron una muestra de participantes que fueron sometidas a PV (sin distinción), y ambos subtipos de CS (electiva y de emergencia). Las mujeres completaron la EPDS dos días tras el parto. Se estableció una puntuación >12 como indicador de riesgo de padecer DPP. Los resultados de este estudio desvelaron que el número de mujeres con >12 puntos fue similar entre los tres modos de parto. De este modo, la DPP fue comparable entre la CS de emergencia, CS electiva y el PV. Además, observaron que la EPDS les permitía medir subdimensiones de la depresión, como la anhedonia o la ansiedad. El análisis de estos factores específicos demostraron niveles más altos de anhedonia en las participantes que dieron a luz mediante CS de emergencia, y más nivel de ansiedad en aquellas que se sometieron a CS electiva.

En el mismo año, Unsal Atan et al.⁷ determinó que la puntuación de la EPDS fue más alta en las mujeres que tuvieron un PV, que en las mujeres que tuvieron un parto mediante CS de emergencia, entre las 6 y las 8 semanas posparto.

Consecuencias de las diferentes vías de parto, y depresión posparto

Varios autores negaron haber encontrado una relación directa entre la vía de parto y la DPP; sin embargo, sí identificaron factores obstétricos y consecuencias del parto que tuvieron un impacto en el riesgo de padecer síntomas depresivos^{15,19,20}.

Eckerdal et al.¹⁹ descubrieron que la CS de emergencia y el PV instrumentado estaban indirectamente asociados con la DPP. El mayor aquejo de las madres por síntomas físicos molestos, y la vivencia del parto calificada como «negativa», supusieron una asociación indirecta entre ambas vías de parto y este trastorno.

La experiencia subjetiva del parto también tuvo importancia en el estudio de Kjerulff y Brubaker²⁰. La vía de parto fue la variable más asociada a la experiencia subjetiva de la madre con respecto al parto. Esta experiencia se midió mediante la FBS-BES (*FBS-Birth Experience Scale*), una escala diseñada para evaluar la manera en que se sintieron tras el parto, asignando emociones a varios ítems, entre ellos la vía de parto. A su vez, la puntuación en la FBS-BES estaba significativamente asociada con la DPP, la cual midieron mediante la EPDS.

Las mujeres que alumbraron mediante PV espontáneo reportaron los sentimientos más positivos (orgullo), comparado con las que alumbraron mediante CS, las cuales reportaron los menos positivos (sentimiento de fallo, tristeza, enfado). Las mujeres que alumbraron por CS de emergencia tuvieron mayor riesgo de sentirse decepcionadas, enfadadas y como un fracaso, comparadas con las que alumbraron mediante PV (instrumentado o no) y CS electiva.

Otro factor que influyó en la etiología de la DPP fue la discontinuación de la lactancia. Nam et al.¹⁵ descubrieron en su estudio que la discontinuación temprana de la lactancia (primeras 12 semanas posparto) estaba asociada a un mayor riesgo de padecer DPP durante los 6 primeros meses posparto. En particular, las mujeres que dieron a luz mediante CS y discontinuaron la lactancia tuvieron un mayor riesgo de padecer DPP que las que no discontinuaron o dieron a luz mediante PV. En este estudio se postuló que la cesárea podría influir en el abandono de la lactancia como posible efecto del discomfort producido por la herida, la posición incomoda al sujetar al bebé, el ayuno durante las primeras horas tras el parto, la toma de medicación analgésica o el reposo en cama.

Discusión

El propósito de esta revisión fue encontrar un consenso en la literatura científica sobre si la cesárea o sus subtipos suponían un factor de riesgo para padecer depresión posparto, frente al parto vaginal. Los hallazgos de esta revisión sistemática han presentado gran variabilidad y, en ocasiones, han sido contradictorios. Las líneas de resultados más convergentes del presente estudio fueron las siguientes:

Autores como Faisal-Cury y P.R.Menezes¹², Hanlon y Beckmann¹³, Chen et al.¹⁴, Eckerdal et al.¹⁹, Zanardo et al.²¹ y Unsal Atan et al.⁷, no hallaron una clara relación entre las diferentes vías de parto y el riesgo de padecer DPP. Otros autores como Nam et al.¹⁵, Kim y Dee¹⁶, Smorti et al.¹⁷ y Dekel et al.¹⁸, sí hallaron mayor riesgo de padecer este trastorno en mujeres que se sometieron a parto mediante cesárea, comparado con el parto vaginal. Estos dos últimos autores apuntaron, además, que el riesgo de padecer depresión posparto también aumentaba en los partos vaginales instrumentados, comparado con los espontáneos. Finalmente, autores como Eckerdal et al.¹⁹, Nam et al.¹⁵ y Kjerulff y Brubaker²⁰, descubrieron asociaciones indirectas entre el modo de parto y la depresión, mediante el abandono de la lactancia o los sentimientos que la experiencia de parto evocaba a las madres.

Las discrepancias y heterogeneidad encontradas en los resultados de estos estudios pueden deberse a múltiples causas. En primer lugar, los autores emplearon diferentes

métodos para detectar y ajustar las covariables de la población muestral, en concreto, el antecedente de depresión en las madres, que constituye un factor de riesgo bien conocido para desarrollar DPP^{12,17}.

Si bien todos los artículos seleccionados tuvieron en cuenta el historial de depresión materna previa al embarazo, o durante (bien para contemplarla como covariable^{15,18-20} o como criterio de exclusión de la muestra^{7,12-14,16,17,21}), el método de obtención difirió entre los estudios: algunos emplearon las bases de datos e historiales clínicos de los hospitales de donde obtuvieron la muestra^{13-15,19}; en cambio en otros estudios esta información fue reportada por las madres mediante cuestionarios elaborados para ello^{12,16-18,20,21}. En estos últimos las madres podrían haber pasado por alto los síntomas depresivos o, por el contrario, haber sido reportados sin existir realmente. Este hecho podría haber provocando posibles sesgos de notificación y de desgaste.

Otra posible causa de la discrepancia en los resultados de los estudios podría haber sido el método de evaluación de la DPP. La mayoría de los estudios utilizaron diferentes escalas, cuestionarios o inventarios para evaluar la depresión tras el parto. A pesar de ir dirigido a evaluar la misma patología, el uso de diferentes vías de evaluación podría haber dado lugar a diferentes resultados. Del mismo modo, aun los diferentes estudios que usaron la misma escala establecieron puntos de corte diferentes (tabla 2).

Los resultados también pudieron haberse visto influenciados por diferentes variables no cuantificables inherentes a las mujeres seleccionadas, como cambios hormonales, factores genéticos o situacionales; bajo soporte social, mala relación marital o familiar. Estos factores podrían presentar un importante papel en la psicología y la salud de las madres.

Por último, los tiempos de evaluación de la DPP también difirieron entre los estudios. Este hecho podría haber influido en la detección de síntomas tempranos o tardíos en algunos estudios^{12,13,16-18}, pues la depresión posparto puede iniciarse en cualquier momento hasta los 3 meses posparto⁴.

A pesar de no haber encontrado un consenso significativo entre las vías de parto y la depresión posparto, esta revisión ha puesto en conjunto muchos factores: vías de parto, sus subtipos e incluso las complicaciones derivadas de este, en relación con un problema de salud serio e invisibilizado.

Conclusión

La relación entre la depresión posparto y la vía de parto sigue siendo desconocida y no concluyente, lo que refleja la necesidad de investigar más sobre el tema y, sobre todo, usar una metodología más homogénea para poder llegar a conclusiones semejantes. De este modo se podrá desestigmatizar este problema, ofrecer a la madre mejores cuidados y seguir actualizando al personal médico sobre los posibles precipitantes.

Conocer, normalizar y tratar este trastorno que afecta seriamente a la madre, a su hijo y a su entorno sociofamiliar es importante. También lo es el conocer en detalle sus factores precipitantes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Para la realización de esta revisión no se ha recibido ninguna financiación.

Conflicto de intereses

Las autoras no presentan conflicto de intereses.

Bibliografía

- Carro García T, Sierra Manzano JM^a, Hernández Gómez M^aJ, Ladrón Moreno E, Antolín Barrio E. Trastornos del estado de ánimo [Internet]. Farmaceutico Hospitales. 2010. [consultado 18 Abr 2020]:18-24. Disponible en: <http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/mayo-2000/452-456.pdf>.
- Medina-Serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. Perinatol y Reprod humana [Internet]. 2013;27:185-93 [consultado 28 Mar 2020]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx/www.medigraphic.org.mx.
- Pranal M, Legrand A, De Chazeron I, Llorca PM, Vendittelli F. Prevalence of maternal psychological disorders after immediate postpartum haemorrhage: A repeated cross-sectional study - The PSYCHE* study protocol. BMJ Open. 2019;9:e027390. Citado en PubMed 31488469.
- Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión posparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chil. 2015;143:887-94. Citado en PubMed 26361026.
- Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. J Psychosomatic Res. 2017;97:118-26. Citado en PubMed PMID 28606491.
- Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies. Eur Psychiatry. 2019;55:90-101. Citado en PubMed PMID 30445371.
- Unsal Atan Ş, Ozturk R, Gulec Satir D, Ildan Çalim S, Karaoz Weller B, Amanak K, et al. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. Sex Reprod Healthc. 2018;18:13-8. Citado en PubMed PMID 30420081.
- Kaya L, Çiğdem Z. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. J Educ Health Promot. 2019;8:5. Citado en PubMed PMID 30815476.
- Chang SR, Chen KH, Ho HN, Lai YH, Lin MI, Lee CN, et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2015;52:1433-44. Citado en PubMed PMID 26008134.

10. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:195. Citado en PubMed PMID 28629393.
11. Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord*. 2015;175:34–52. Citado en PubMed PMID 25590764.
12. Faisal-Cury A, Menezes PR. Type of delivery is not associated with maternal depression. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22:631–5. Citado en PubMed PMID 30413931.
13. Hanlon AJM, Beckmann MM. Mode of birth and early postnatal psychological morbidity. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015;55:578–83. Citado en PubMed PMID: 26224197.
14. Chen H-H, Lai JC-Y, Hwang S-J, Huang N, Chou Y-J, Chien L-Y. Understanding the relationship between cesarean birth and stress, anxiety, and depression after childbirth: A nationwide cohort study. *Birth*. 2017;44:369–76. Citado en PubMed PMID 28594092.
15. Nam JY, Choi Y, Kim J, Cho KH, Park EC. The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea. *J Affect Disord*. 2017;218:53–8. Citado en PubMed PMID 28458116.
16. Kim Y, Dee V. Sociodemographic and Obstetric Factors Related to Symptoms of Postpartum Depression in Hispanic Women in Rural California. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018;47:23–31. Citado en PubMed PMID 29221670.
17. Smorti M, Ponti L, Pancetti F. A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. *Front Public Health*. 2019;7:295. Citado en PubMed PMID 31709213.
18. Dekel S, Ein-Dor T, Berman Z, Barsoumian IS, Agarwal S, Pitman RK. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Arch Womens Ment Health*. 2019;22:817–24. Citado en PubMed PMID 31041603.
19. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97:301–11. Citado en PubMed PMID 29215162.
20. Kjerulff KH, Brubaker LH. New mothers' feelings of disappointment and failure after cesarean delivery. *Birth*. 2018;45:19–27. Citado en PubMed PMID 29052265.
21. Zanardo V, Giliberti L, Giliberti E, Volpe F, Straface G, Greco P. The role of elective and emergency cesarean delivery in maternal postpartum anhedonia, anxiety, and depression. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143:374–8. Citado en PubMed PMID 30159888.