



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



ORIGINAL

Influencia de la visita puerperal temprana en la detección y evolución de la depresión posparto

Ignacio Salazar Olivares*, Jose Antonio Sainz Bueno, Eduardo García Vidal,
Vanessa Marrugal Sánchez y Rogelio Garrido Teruel

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España

Recibido el 17 de marzo de 2010; aceptado el 18 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Depresión posparto;
Depresión puerperal;
Visita puerperal precoz;
Hospital anxiety and
depression scale(HAD)

KEYWORDS

Postpartum depression;
Puerperal depression;
Early postpartum visit;
Hospital anxiety and
depression scale (HAD)

Resumen

Objetivos: Nos proponemos determinar y valorar la influencia de la visita puerperal temprana (VPT) domiciliaria en la disminución de la incidencia de depresión posparto en nuestro medio.

Material y métodos: Cuatrocientos treinta pacientes con embarazo y partos sin complicaciones que se aleatorizan en dos grupos homogéneos (grupo con VPT y grupo control). Se utilizó la *hospital anxiety and depression scale* para valorar la depresión posparto a los 7 y 30 días.

Resultados: Se observó un score positivo para depresión puerperal a los 7 días del parto en un 10,2%. En el grupo de VPT se observó una disminución de incidencia de la depresión puerperal (0,9%) frente al grupo control (3,7%).

Conclusión: La incidencia de depresión posparto en nuestra área es similar a la esperada. La visita puerperal temprana parece ser útil en la detección de patología psiquiátrica y disminuye la evolución de los síntomas.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Influence of early postpartum home visits on the detection and clinical course of postpartum depression

Abstract

Objectives: The aim of this study was to determine the influence of early postpartum home visits in reducing the incidence of puerperal depression in our environment.

Material and methods: A total of 430 patients with uncomplicated pregnancy and delivery were randomized to two homogeneous groups (one group receiving an early postpartum home visit and a control group). The hospital anxiety and depression scale was used to assess puerperal depression at 7 and 30 days.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isalazarolivres@hotmail.com (I. Salazar Olivares).

Results: At 7 days, 10.2% of the patients had a positive score for puerperal depression. At 30 days, the incidence of puerperal depression was lower in the group receiving an early home visit (0.9%) than in the control group (3.7%).

Conclusion: The incidence of postpartum depression in our setting was similar to the expected incidence. Early postpartum home visits seem to be useful in detecting this disorder and in reducing symptoms.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación, el parto, el nuevo rol de madre, y los sucesos derivados del cuidado del recién nacido, incluso en mujeres que han alcanzado un nivel maduro de integración de la personalidad y disfrutan de un entorno sociofamiliar acomodado y satisfactorio supone un considerable estrés materno¹.

Muchos autores consideran que el puerperio es de alto riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos^{2,3} y psicóticos. Por ello es importante prestar especial atención a la salud mental de la púerpera, por los servicios médicos y sociales⁴.

Los cuadros psiquiátricos puerperales más importantes por su frecuencia y gravedad son la depresión posparto y el *blues postpartum*.

El *blues postpartum*, siendo el más frecuente (algunos autores elevan su prevalencia hasta el 80% en algunas series)⁵ es de menor importancia debido a su transitoriedad. Denominado "depresión del tercer día" es de carácter habitualmente leve y no reúne criterios de depresión mayor. Sólo un 10% evolucionará a una auténtica depresión posparto⁶. Algunos autores relacionan la predominancia de síntomas eufóricos (hipomanía) en el posparto con la aparición posterior de una depresión posparto⁷.

Son muchos los factores etiológicos asociados al *blues postpartum* entre lo que destacan los factores psicológicos y sociales⁸. Otros factores asociados son los niveles hormonales (FSH, estrógenos, progesterona, cortisol, hormonas tiroideas, AMPc. . .)^{9,10}. No suele requerir tratamiento farmacológico, respondiendo de manera adecuada a un abordaje de apoyo y comprensivo sobre la naturaleza breve y favorable del trastorno¹¹.

La depresión posparto es comparable a otro episodio depresivo mayor, siendo su incidencia de entre un 13-15%^{12,13} entre las cuales existe un alto porcentaje que experimentan ideación suicida. Los síntomas de la depresión posparto se diferencian poco de la depresión en general, pero a los efectos desastrosos en la madre hay que añadir los producidos por defectos en el cuidado del hijo.

Fue descrita por primera vez por Pitt en 1968, describiéndola como atípica por presentar otros síntomas que pueden predominar, como ansiedad, irritabilidad y fobias. Los síntomas vegetativos también son atípicos (hipersomnia y aumento de apetito). Existe mayor sentimiento de culpa y pensamientos autodestructivos y/o rechazo al recién nacido¹⁴.

Suele comenzar en las dos semanas siguientes al parto y no después de los seis primeros meses para incluirse dentro de la entidad nosológica así definida por el *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* de la *American Psychiatric*

Association. Su duración parece ser mayor que otro episodio depresivo en otro momento de la vida^{4,14,15}. Suele ser de gravedad moderada, no psicótica y en la mayoría de los casos no reciben tratamiento.

Presenta un riesgo de recurrencia mayor en mujeres con episodios de depresión mayor previos o en la gestación. El tratamiento profiláctico iniciado en las 24 h posparto mejora el cuadro¹⁶.

El tratamiento se realizará escalonadamente, comenzando con medidas psicoeducativas y/o terapia cognitivo/conductual, si no existen antecedentes, en caso contrario se iniciarán terapias habituales con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como fármacos de primera línea. En casos seleccionados muy graves se puede indicar terapia electroconvulsiva asociada a antidepresivos /o antipsicóticos¹⁷.

La visita temprana de seguimiento puerperal, en domicilio o de manera ambulatoria, pretende descargar la atención hospitalaria de la púerpera y el recién nacido, generalmente sin patología, realizando un cribado de patología y problemática social. El *American College of Obstetrician and Gynecologists* recomienda la realización de este punto de control a todas las púerperas, donde se debe valorar el estado físico y emocional de la madre, el estado general del recién nacido, confirmar una adecuada alimentación del niño y su grado de hidratación, valorar el grado de ictericia del neonato y problemas de reciente aparición, la integración del recién nacido en el ambiente doméstico, adecuada toma de muestras para los errores innatos del metabolismo del neonato y revisar conocimientos sobre futuros cuidados del recién nacido, inmunizaciones, revisiones periódicas de salud, etc.^{18,19}.

Objetivos

Nos proponemos: determinar la incidencia de depresión posparto, asociada o no a ansiedad en púerperas sin complicaciones en nuestra área sanitaria y valorar la utilidad terapéutica de la visita puerperal domiciliaria en la evolución de probable patología psiquiátrica posparto (depresión posparto).

Material y métodos

Hemos realizado un estudio prospectivo aleatorizado con 430 pacientes a lo largo de dos años, pertenecientes al área sanitaria Sevilla Sur, atendidas en el Hospital Universitario Virgen de Valme, siguiendo unos criterios de inclusión que minimizan los sesgos por diversas patologías concomitantes, tanto obstétricas, maternas como neonatales (tabla 1).

Las pacientes se aleatorizaban según tabla de randomización en el momento del parto en nuestro centro, revisándose a los 7 y a los 30 días del parto de manera ambulatoria. Las pacientes reclutadas se dividieron en dos grupos homogéneos en cuanto a la variable paridad (multíparas, primíparas) para asignarlas: por un lado, las que recibirán atención domiciliaria dentro de la primera semana posparto por parte de enfermería especializada y, por otro, las que únicamente se revisarán ambulatoriamente a los 7 y 30 días.

A las 408 pacientes restantes a la semana y al mes del parto, en visitas de seguimiento se les aplicó una escala ideada por Zigmond en 1983²⁰ que está diseñada para detectar síntomas de depresión y ansiedad en los días previos a su realización. La *hospital anxiety and depression scale* (HAD) consta de 14 ítems, siete que evalúan síntomas depresivos y otros siete síntomas ansiosos (tabla 2).

En la HAD se considera normal una puntuación de 0 a 7, de 8 a 10 nos indicaría un caso probable de patología y 11 o más un caso patológico.

Tabla 1 Criterios de inclusión en la valoración de la patología depresiva puerperal.

<p>Gestación a término</p> <p>No hábitos tóxicos importantes</p> <p>Primípara o múltipara</p> <p>La no existencia de patología puerperal que requiera asistencia en el puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HTA-Preeclampsia-eclampsia ▪ Diabetes gestacional ▪ Cardiopatías grados 2-3-4 ▪ Isoinmunización Rh ▪ Endocrinopatías ▪ RPM ▪ VIH ▪ Infección materna (TORCH, <i>Listeria</i>) <p>Se incluyen las gestaciones de riesgo, que una vez terminada la gestación con buen resultado, no requieran control:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ APP ▪ Placenta previa ▪ Anemia leve moderada ▪ Aumento excesivo de peso o disminuido ▪ Cesárea anterior ▪ Baja estatura ▪ Poco control de la gestación <p>Parto vaginal con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación cefálica-nalgas ▪ Espontáneo o inducido ▪ Dilatación con o sin medicación (oxitocina-epidural) ▪ Terminación: espontánea o instrumental (ventosa o espátula) ▪ Alumbramiento espontáneo o extracción manual, siempre con placenta completa <p>Puerperio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida hemática menor de 500 ml ▪ Involución uterina adecuada ▪ Constantes normales ▪ Episiotomía y mamas normales <p>RN sano, a término con peso adecuado para edad gestacional</p>

Tabla 2 Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (*hospital anxiety and depression*, HAD).

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

Tabla 2 (Continued)

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

Resultados

De las 430 gestantes se consideraron pérdidas las pacientes que no acudieron a la revisión a los 7 días, presentando en ambos grupos valores similares, 8 pérdidas en el grupo asignado a la revisión domiciliaria y 14 en el de control.

De esta manera, hemos valorado a 408 pacientes en las que hallamos una puntuación mayor de 7 en la HAD en un 10,2% de los casos a la semana, con un 2,8% de casos (12 pacientes) con puntuación mayor de 10 (considerada como patológica y que requirieron seguimiento por psiquiatría) y un 0,5% (2 casos) de casos graves que requirieron ingreso en unidades de salud mental (tabla 3).

En el grupo en que se realizó seguimiento domiciliario 1% de casos patológicos, con un 0,5% de casos graves, y en el grupo control hubo 4,2% de casos patológicos, con un 0,5% de casos graves.

Al mes del parto sólo un 2,3% (10 casos) se consideraron como patológicos y correspondían a las pacientes que estaban en control por psiquiatría, donde se incluyen los dos casos graves.

Al mes de seguimiento el grupo de visita puerperal temprana (VPT) presentaba un 0,9% de casos patológicos y el grupo control un 3,7% (tabla 4).

Discusión

En términos descriptivos, en nuestra serie de casos no hay grandes diferencias en la incidencia de depresión posparto de lo esperado en la población general, siendo esta algo más baja de lo observado en los estudios de Beck y Murray^{12,13}; probablemente debido a unos criterios de inclusión estrictos que excluyen uno de los factores que se ha visto frecuentemente implicado en la aparición de esta patología: la patología obstétrica y las complicaciones durante el embarazo y parto, así como la patología materna. Estas junto con los factores psicosociales serían los grandes pilares etiológicos de la depresión posparto²¹.

En general los estudios dedicados a la depresión posparto han prestado su interés fundamentalmente a la identificación del problema, por sus graves consecuencias, aplicando escalas más o menos complejas: Beck²², Smith-Hanrahan²³, Brown²⁴, James-Carty^{25,26} y Cox con la EPDS^{27,28} identificaban la enfermedad, pasando la paciente que lo precisara a recibir asistencia psiquiátrica. La HAD no permite la evaluación precisa del síndrome depresivo, ocasionando muchos falsos positivos, pero por su alto valor predictivo positivo y su fácil aplicación la consideramos adecuada para el despistaje de patología psiquiátrica en el puerperio.

Dentro de esta asistencia psiquiátrica en los casos leves moderados uno de los primeros pasos corresponde a las terapias psicoeducativas y cognitivo/conductuales y de grupo²⁹⁻³². En nuestro trabajo hemos tratado de valorar el beneficio que la visita puerperal precoz en domicilio realizada por personal de enfermería tiene en la evolución de casos leves/moderados de depresión y ansiedad posparto, tomando esta intervención como primer paso en la terapia no farmacológica de la enfermedad. En relación con la variable paridad, los resultados en múltiparas y primíparas son muy similares, sin encontrar diferencias ni en la incidencia ni en la evolución de la patología depresiva en ambos grupos. Hemos observado una disminución de la patología depresiva en el grupo en el que se realizó control domiciliario en la primera

Tabla 3 Resultados globales de la HDA Scale a los 7 días posparto.

HAD Scale	Global		Primíparas		Múltiparas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No (0-7)	364	84,6%	128	80%	236	87,4%
Probable (8-10)	32	7,4%	16	10%	16	5,9%
Patológico (>10)	10	2,3%	5	3,1%	5	1,8%
Grave (>32)	2	0,5%	1	0,6%	1	0,3%
Perdidos	22	5,1%	10	6,2%	12	4,4%

Tabla 4 Resultados HAD Score en grupo de seguimiento domiciliario y grupo de control a los 7 y a los 30 días posparto.

	Control a los 7 días posparto				Control a los 30 días posparto			
	Grupo seguimiento domiciliario		Grupo control		Grupo seguimiento domiciliario		Grupo control	
HAD scale								
No (0-7)	188	88,3%	176	81,1%	203	95,3%	195	89,9%
Probable (8-10)	14	6,6%	18	8,3%	0	0%	0	0%
Patológico (>10)	2	0,9%	8	3,7%	2	0,9%	8	3,7%
Grave(>32)	1	0,5%	1	0,5%	0	0%	0	0%
Perdidos	8	3,8%	14	6,5%	8	3,8%	14	6,5%

semana posparto a expensas principalmente del subgrupo de patología leve-moderada. No hemos hallado una diferencia importante al valorar patología depresiva posparto entre el grupo en el que se realizó la intervención (VPT) y el grupo control; no obstante existe una disminución de la patología depresiva asociada a ansiedad en el grupo de VPT a expensas del subgrupo de patología leve moderada.

Nosotros creemos que la visita puerperal precoz es un instrumento adecuado para el control de la puérpera ya que disminuye su incidencia además de los beneficios que aporta en otros campos relacionados con el periodo puerperal.

Conclusión

La incidencia de depresión posparto en nuestro medio es similar a la esperada según la literatura y la visita puerperal temprana parece reducir la incidencia y mejora la evolución de la depresión posparto aunque harían falta más estudios para reforzar la evidencia en este aspecto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Leiffer M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychol Monogr.* 1977;95:55–96.
- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry.* 1987;150:662–73.
- Bebbington PE, Dean C, Der G, Hurry J, Tennat C. Gender, parity and the prevalence of minor affective disorder. *Br J Psychiatry.* 1991;158:40–5.
- Kruckman LD. Rituals and support: an anthropological view of postpartum depression, editors In: Hamilton JA, Harberger PN, editors. *Postpartum psychiatric illness: A picture puzzle...* Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 1992. p. 136–48.
- Otero A. Trastornos bipolares y ciclo reproductivo, editors In: Vieta E, Gastó C, editors. *Trastornos bipolares...* Barcelona: Springer-Verlag Iberica; 1997. p. 460–78.
- Mollet D. Affections psychiatriques et toxicomanies, editors In: Wechsler B, Jansen-Marec J, Pechere JC, editors. *Pathologies maternelles et grossesse...* Paris: Medsi/Mcgraw Hill; 1988. p. 598–608.
- Aguilar K. Disforia posparto: Análisis de los factores psicosociales de riesgo. Tesis doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia; 1996.
- Kuevi V, Causon R, Dixon AF, Everard DM, Hall JM, Hole D, et al. Plasma amine and hormona changes in postpartum blues. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1983;19:39–46.
- Ballinger B, Buckley D, Naylor G, Stansfield D. Emotional disturbance following childbirth: clinical findings and urinary excretion of cyclic AMP. *Psychol Med.* 1979;9:293–300.
- Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1992;16:921–32.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of Psychiatric disorders. Compendium 2000. Washington: American Psychiatric Association; 2000;738.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50:275–85.
- Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburg postnatal depression scale on a community sample. *Br J Psychiatry.* 1990;157:288–90.
- Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry.* 1987;151:523–7.
- Nott PN. Extent, timing and persistence of emotional disorders following childbirth. *Br J Psychiatry.* 1987;151:523–7.
- Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *New Engl J Med.* 2002;347:194–9.
- García Esteve L, Cardona Lluria X, Cuesta Serramiá L, Grau Morillo M, Pantinat Giné L. Recomendaciones en el embarazo y la lactancia. En: Soler Insa P, Gascón Barrachina J, coordinadores. *RTM-II. Recomendaciones en los trastornos mentales.* Barcelona: Masson; 1999. p. 295–311
- American College of Obstetricians and Gynecologists-American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn; Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics.* 1995;96:788.
- Morris-Rush JK, Bemstein PS. Postpartum Depression. *Medscape Ob/Gyn & Women's Health.* 2002; 7: Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/433013>
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acte Psychiatr Scand.* 1983;67:361–70.
- Verdoux H, Sutter Al, Glatigny-Dallay E, Minisini A. Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106:212–9.
- Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. *JOGNN.* 1992;21:287–93.
- Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: Impact on maternal fatigue and functional ability. *Clin Nurs Res.* 1995;4:50–66.
- Brown S, Lumley J, Small R. Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes? *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1998;12:49–71.
- James ML, Hudson CN, Gebbski VJ, Browne LH, Andrews GR, Crisp SE, et al. An evaluation of planned early postnatal transfer home with nursing support. *Med J Aust.* 1987;147:434–8.

26. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*. 1990;17:199–204.
27. Cox JL, Connor Y, Kendell RE. Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Br J Psychiatry*. 1982;140:111–7.
28. Cox J, Holden J. Perinatal mental health. A guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell. 2003.
29. Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet*. 1962;1:227–32.
30. Holmes T, Rahe R. The readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;11:213–8.
31. Ugarriza DN. Postpartum depressed women's explanation of depression. *J Nurs Scholars*. 2002;34:227–33.
32. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. [Review] [105 refs] [Journal Article. Meta-Analysis. Review] *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007;(4):CD006116.