



RMS

Revista Médica Sinergia

Volumen **4** Número **7**

PUBLICACION MENSUAL

Julio **2019**

<https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

Artículo de revisión bibliográfica:

Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto

Generalities and diagnosis of postpartum depression

Autores:

Dra. Natalia Villegas Loaiza

Dra. Arabela Paniagua Dachner

Dr. Johnny Alejandro Vargas Morales



Indexada en:



CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

- Dra. Margarita Karol Malpartida Ampudia, Médico independiente, San José, Costa Rica.

EDITOR

- Dr. Esteban Sánchez Gaitán, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica.

CONSEJO EDITORIAL

- Dr. Cesar Vallejos Pasache, Hospital III Iquitos, Loreto, Perú.
- Dra. Anais López, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú.
- Dra. Ingrid Ballesteros Ordoñez, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Dra. Mariela Burga, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima, Perú.
- Dra. Patricia Santos Carlín, Ministerio de Salud (MINSA). Lima, Perú.
- Dr. Raydel Pérez Castillo, Centro Provincial de Medicina Deportiva Las Tunas, Cuba.

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. Zulema Berrios Fuentes, Ministerio de Salud (MINSA), Lima, Perú.
- Dr. Gerardo Francisco Javier Rivera Silva, Universidad de Monterrey, Nuevo León, México.
- Dr. Gilberto Malpartida Toribio, Hospital de la Solidaridad, Lima, Perú.
- Dra. Marcela Fernández Brenes, Caja costarricense del Seguro Social, Limón, Costa Rica
- Dr. Hans Reyes Garay, Eastern Maine Medical Center, Maine, United States.
- Dr. Steven Acevedo Naranjo, Saint- Luc Hospital, Quebec, Canadá.
- Dr. Luis Osvaldo Farington Reyes, Hospital regional universitario Jose María Cabral y Baez, Republica Dominicana.
- Dra. Caridad María Tamayo Reus, Hospital Pediátrico Sur Antonio María Béguéz César de Santiago de Cuba, Cuba.
- Dr. Luis Malpartida Toribio, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao, Perú.
- Dra. Allison Viviana Segura Cotrino, Médico Jurídico en Prestadora de Salud, Colombia.

EQUIPO TÉCNICO

- Msc. Meylin Yamile Fernández Reyes, Universidad de Valencia, España.
- Lic. Margarita Ampudia Matos, Hospital de Emergencias Grau, Lima, Perú.
- Ing. Jorge Malpartida Toribio, Telefónica del Perú, Lima, Perú.
- Srita. Maricielo Ampudia Gutiérrez, George Mason University, Virginia, Estados Unidos.

EDITORIAL ESCULAPIO

50 metros norte de UCIMED,
Sabana Sur, San José-Costa Rica
Teléfono: 8668002
E-mail:
revistamedicasinergia@gmail.com



ENTIDAD EDITORA

SOMEA
SOCIEDAD DE MEDICOS DE AMERICA
Frente de la parada de buses Guácimo, Limón. Costa Rica
Teléfono: 8668002
Sociedaddemedicosdeamerica@hotmail.com
<https://somea.businesscatalyst.com/informacion.html>



Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto

Generalities and diagnosis of postpartum depression



¹Dra. Natalia Villegas Loaiza

Poder Judicial, San José, Costa Rica

ID <https://orcid.org/0000-0001-7639-8324>

²Dra. Arabela Paniagua Dachner

Poder Judicial, San José, Costa Rica

ID <https://orcid.org/0000-0002-58481850>

³Dr. Johnny Alejandro Vargas Morales

Clínica Carlos Durán Cartín, San José, Costa Rica

ID <https://orcid.org/0000-0002-9521-5041>

RECIBIDO

25/04/2019

CORREGIDO

15/05/2019

ACEPTADO

20/05/2019

RESUMEN

El embarazo y el puerperio son etapas de cambios y adaptación para las mujeres, los cuales a su vez representan un periodo de vulnerabilidad para el desarrollo de un cuadro clínico depresivo, sobre todo si la mujer cuenta con factores de riesgo que aumenten su susceptibilidad al progreso de la enfermedad. La depresión posparto alcanza tasas de hasta el 20% de los casos y amerita un diagnóstico ágil con tratamiento diligente diferenciándolo de forma assertiva de la tristeza posparto, con el objetivo de disminuir las complicaciones a las que se exponen la madre y su hijo.

¹Médica general,graduada de la Universidad de Iberoamérica (UNIBE), médica de empresa en Poder Judicial.

[Cod. MED12040](#)
navilo_88@hotmail.com

²Médica especialista en Medicina del Trabajo, médica de apoyo a la Unidad de Carrera Administrativa de la carrera judicial

[Cod. MED7118](#)
arabela.dachner@gmail.com

³Médico general,graduado de la Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED), médico en Clínica Carlos Durán Cartín, San José, Costa Rica.

[Cod. MED15058](#)
alejohvarmor@hotmail.com

ABSTRACT

Pregnancy and puerperium are stages of change and adaptation for women, which represent a period of vulnerability for the development of a depressive clinical picture especially if the woman has risk factors that increase her susceptibility to the progress of the disease. The postpartum depression reaches rates up 20%, and it requires an agile diagnosis and diligent treatment, differentiating it in an assertive way from sadness due to childbirth, with the aim of reducing the complications which the mother and her child are exposed.

KEYWORDS: depression pospartum, postpartum period, depressive disorder.

INTRODUCCIÓN

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más habitual durante el embarazo y en la etapa posparto. Los trastornos depresivos continúan siendo un problema de salud pública que han aumentado durante las últimas décadas, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 300 millones de personas en el mundo son afectadas por la depresión (1), especialmente la población femenina, y alrededor del 20 al 40% de mujeres desarrollan depresión durante el embarazo, o en el posparto, en los países en vías de desarrollo (1).

El objetivo de ésta revisión bibliográfica es informar sobre la relevancia del abordaje integral físico y mental de la paciente en el posparto, e ilustrar al lector las principales características de esta patología, así como los síntomas, signos y herramientas diagnósticos con las que cuenta el personal de salud para dictaminar la existencia o no de la enfermedad durante el puerperio.

Considerando que, el personal médico y de enfermería de atención primaria generalmente, son el primer contacto de control en salud física y mental durante el pos parto de la mayoría de mujeres en nuestro país, y que la depresión pos parto verdadera se manifiesta entre el 8 al 20% de las mujeres durante el posparto (2); resulta notable resaltar la necesidad que existe de un abordaje diagnóstico temprano del trastorno depresivo para iniciar un tratamiento oportuno con la finalidad de disminuir las complicaciones de la madre y su hijo.

DEFINICIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que causa tristeza, desánimo, cambios en el humor, y que prevalece mayormente en la población femenina (3). La prevalencia de depresión posparto fluctúa entre 10 al 20% de la población (3).

Mientras que la depresión pos parto se define como la depresión que inicia dentro de los primeros 12 meses posterior al parto, presentando síntomas diarios por al menos 2 semanas, cumpliendo los mismos criterios diagnósticos que la depresión que la paciente no embarazada ni en posparto (4).

EPIDEMIOLOGÍA

Durante el periodo posparto, existen 3 condiciones clínicas psiquiátricas de afección del estado de ánimo: un estado depresivo temprano conocido como "Maternity Blue" o tristeza posparto, el cual corresponde a un síndrome transitorio que se puede presentar hasta en el 80% de las madres que resuelva rápidamente (2); una segunda condición que en un 10-15% de las mujeres desarrollan un cuadro depresivo que se prolonga por más de dos semanas, caracterizado por afectación anímica diaria, con llanto, fatiga, tristeza, trastornos del sueño y trastornos del humor y solamente el 0.1-0,2% desarrollan psicosis posparto, correspondiente a un trastorno grave que desencadena psicosis. (5)

FACTORES DE RIESGO

Aunque es difícil conocer con exactitud su etiología, existen múltiples factores de riesgo biológicos, psicosociales y hormonales que contribuyen al progreso de esta enfermedad. Se ha sugerido que una abrupta disminución en los niveles de esteroides gonadales está asociada al padecimiento de la enfermedad, aunque este proceso fisiológico del embarazo se presenta en todas las mujeres, dicho fenómeno no desencadena enfermedad en todas, ya que la enfermedad evoluciona en las mujeres sensibles a estos cambios hormonales desestabilizando su estado de ánimo (2).

La falta de redes de apoyo, madres adolescentes, embarazos no deseados, bajo nivel socioeconómico y el desempleo (3) son factores a considerar como desencadenantes de la depresión, al igual que, la vulnerabilidad de las pacientes con antecedente previo de cuadros de depresivos, antecedentes familiares de depresión o depresión durante el embarazo. Además, se ha asociado con más riesgo de sufrir depresión en las mujeres víctimas de violencia de género (3).

FACTORES PROTECTORES

Así como se han descrito factores de riesgo que aumenta la probabilidad para el desarrollo de la patología, se enumeran diversas circunstancias que se han reseñado como protectoras.

La buena relación con la pareja, apoyo en el hogar, lactancia materna, participación religiosa y el acceso a redes de apoyo son características que

mejoran el pronóstico y disminuyen el riesgo (6).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La mujer percibe desánimo, dificultad para concentrarse, dificultad al dormir, ansiedad, culpa, pérdida de interés por sus actividades cotidianas, pérdida o exceso de apetito, sensación de no ser una buena madre, crisis de llanto, desesperanza, lentitud a la hora de hablar o moverse, sensación de infelicidad o melancolía (7).

DIAGNÓSTICO

Resulta fundamental una adecuada y temprana historia clínica, examen físico y examen del estado mental, valorando factores de riesgo y antecedentes de depresión pos parto en partos anteriores. Asimismo, se debe preguntar directamente a la paciente por los síntomas de tristeza, cansancio, llanto y rechazo a su bebé. El DSM-V establece que un episodio depresivo mayor debe presentar 5 requisitos para su diagnóstico acertado (7):

1. Una calidad depresiva del estado de ánimo (con pérdida del interés o el placer)
2. Por un curso mínimo de dos semanas
3. Acompañada de síntomas
4. Que estos síntomas desencadenen malestar o discapacidad
5. Que no contravenga criterios de exclusión

Además, se establece que la paciente tiene que presentar alguno de los siguientes síntomas expuestos por las dos semanas que establece el criterio diagnóstico:



- Estado de ánimo deprimido
- Anhedonia
- Afectación en apetito y peso
- Fatiga
- Enlentecimiento Psicomotor
- Agitación
- Autoestima baja o culpa
- Concentración
- Deseo de muerte
- Ideas suicidas

Dentro de los criterios diagnósticos, el o la paciente debe presentar un claro deterioro social o laboral de su funcionamiento, y los síntomas no deben atribuirse a una patología médica de fondo, fármaco o sustancia que consuma el paciente (7).

Mientras tanto, los criterios diagnósticos de la depresión posparto se comparten con el trastorno depresivo mayor establecido por el DSM-V pero en una mujer en posparto con un inicio dentro de los primeros 12 meses subsiguientes a éste (8).

La herramienta más utilizada para el diagnóstico de la Depresión Posparto es la Escala de Depresión Post-natal de Edimburgo, el cual se considera una prueba fácil, rápida de aplicar en la consulta médica y accesible a los funcionarios de salud. La Escala de Depresión Post-parto de Edimburgo (9,10) fue diseñada por Cox, Holden y Sagovsky para coadyuvar a los profesionales de la atención primaria de salud a realizar un adecuado diagnóstico de la depresión posparto. Ver **TABLA 1**.

Cuenta con 10 preguntas que indaga en la madre sobre la presencia de síntomas cognitivos, la cual se puede aplicar de forma rápida en la consulta médica (9). Dichas preguntas cuentan con 4 opciones de respuestas a los cuales se

le otorgan puntajes de 0 a 3 según la seriedad de la sintomatología que ha percibido en la mujer en los últimos 7 días. Por medio de este, se evalúan síntomas de ansiedad, culpa, disforia, problemas de concentración e ideaciones suicidas (6). Algunos autores han recomendado la aplicación de esta prueba diagnóstica a las 8 semanas posparto coincidiendo con el pico máximo de incidencia (6).

COMPLICACIONES

Se ha documentado que existe una vulnerabilidad en el recién nacido de ameritar valoración en un servicio de emergencias cuando sus madres tiene el diagnóstico de depresión y que en muchos casos este no se ha confeccionado oportunamente (5). El niño o niña está expuesto a suspensión temprana de la lactancia materna, abuso infantil y negligencia en su cuidado (5). Asimismo, se pueden presentar complicaciones maternas como psicosis posparto e ideaciones e intentos suicidas.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN POSPARTO

Con frecuencia la Depresión Posparto no se trata o se hace de manera inadecuada e insuficiente, debido, principalmente, a la falta de diagnóstico en los centros de salud. Se debe iniciar el abordaje terapéutico (11) indicando la interrupción del consumo de alcohol y tabaco, aumentar el descanso, avocar por técnicas de relajación y ejercicio físico. Además, se debe recurrir a intervenciones psicoterapéuticas cuando

TABLA 1.Escala de Depresión Postparto de Edimburgo

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:	<ul style="list-style-type: none">• Tanto como siempre• No tanto ahora• Mucho menos ahora• No, nada
2. He disfrutado mirar hacia delante:	<ul style="list-style-type: none">• Tanto como siempre• Menos que antes• Mucho menos que antes• Casi nada
3. Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo• Sí, a veces• No con mucha frecuencia• No, nunca
4. He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none">• No, nunca• Casi nunca• Sí, a veces• Sí, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, bastante• Sí, a veces• No, no mucho• No, nunca
6. Las cosas me han estado abrumando:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto• Sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre• No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien• No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo• Sí, a veces• No con mucha frecuencia• No, nunca
8. Me he sentido triste o desgraciada:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo• Sí, bastante a menudo• No con mucha frecuencia• No, nunca
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, la mayor parte del tiempo• Sí, bastante a menudo• Sólo ocasionalmente• No, nunca
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:	<ul style="list-style-type: none">• Sí, bastante a menudo• A veces• Casi nunca• Nunca

Fuente: Enrique Jadresic M. Depresión Perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014; 25(6): 1019-1028.

no se traten de casos graves. Por último, en general, se debe indicar terapia farmacológica en depresiones de moderadas a severas o que no tengan respuesta a psicoterapia. (11).

TERAPIA FARMACOLÓGICA EMPLEADA DURANTE EL POSPARTO

Dentro del tratamiento farmacológico, los agentes de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), utilizados con seguridad durante la lactancia materna, (12,13) dentro de los cuáles se han considerado tratamientos de primera línea la sertralina y la paroxetina. Algunos casos de depresión no severa, puede ser manejada con psicoterapia (14), ya que en general no es autolimitada (15).

La terapia electroconvulsiva, uno de los tratamientos más efectivos disponibles

para la depresión mayor, se debe considerar en casos depresivos de gravedad resistentes al tratamiento farmacológico (4).

CONCLUSIONES

La depresión posparto continúa siendo la patología psiquiátrica más común en el puerperio, ya que existe una mayor susceptibilidad durante la gestación y el periodo posparto para su desarrollo. Conocer los factores de riesgo, factores protectores, manifestaciones clínicas y herramientas diagnósticas aunadas a una adecuada clasificación de la severidad de los síntomas es clave para el manejo adecuado y evitar las complicaciones. Así mismo, tiene una gran variedad de síntomas que permiten la sospecha clínica durante el control posparto materno.

REFERENCIAS

1. Romero R D, Orozco R LA, Ybarra S JL, Gracia R BI. Sintomatología depresiva en el post parto y factores psicosociales asociados. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017 04;82(2):63-73.<https://doi.org/10.4067/s0717-75262017000200009>
2. Steven G. Gabbe. Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies. Philadelphia: Elsevier.Postpartum Depression, Diseases/Condicions, Jan 30, 2017.
3. Juan Escobar, Percy Pacora, Nilton Custodio, Walter Villar. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género?. An Fac med [Internet]. 2009 [citado: 20 febrero 2019]; 70: 115-118. Disponible en:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000200006&lang=pt
4. Decherney, A., Laufer, N., Nathan, L. & Roman, A. (2014). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. XI Edición. Nueva York: Lange Medical Book/McGraw-Hill.
5. Jarvis LR, Breslin KA, Badolato GM, Chamberlain JM, Goyal MK. Postpartum Depression Screening and Referral in a Pediatric Emergency Department. Pediatric Emergency Care [Internet]. 2018 mayo [citado: 20 febreo 2019];1. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000001499>

6. Angelina Dois Castellón. Actualizaciones en depresión posparto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012 [citado: 20 febrero 2019]; 38(4):576-586. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n4/gin16412.pdf>
7. James Morrison. DSM – 5 Guía para el diagnóstico clínico. I Edición. México, D.F: Editorial Manual Moderno, 2015. 163 p.
8. Alvarenga P, Dazzani MVM, Lordelo EDR, Alfaya CADS, Piccinini CA. Predictors of Sensitivity in Mothers of 8-Month-Old Infants. Paidéia (Ribeirão Preto). 2013 09;23(56):311-320. <https://doi.org/10.1590/1982-43272356201305>
9. Adalberto Campo-Arias, M.D., Cristian Ayola-Castillo, Henry Miguel Peinado-Valencia, Maribel Amor-Parra, Zuleima Cogollo. Escala de edinburgo para depresión posparto: Consistencia interna y estructura factorial en mujeres embarazadas de Cartagena, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [internet]. 2007 [citado: 05 de febrero 2019]; 58: 277-283. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v58n4/v58n4a03.pdf>
10. Barbosa, Maria Aparecida Rodrigues da Silva, Ângelo Margareth. Experiencias y significados de la depresión postparto de mujeres en el contexto de la familia. Revista electrónica trimestral de enfermería [Internet]. 2016 [citado: 05 de febrero 2019]; 42: 232-255. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200009&lang=pt
11. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov; 25(6):1019-1028. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70651-0](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70651-0)
12. Figueira P, Corrêa H, Malloy-Diniz L, Romano-Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Revista de Saúde Pública. 2009 08;43(suppl 1):79-84. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009000800012>
13. Kansky C, Isaacs C. Normal and Abnormal puerperium. Medscape Drugs & Diseases from WebMD [Internet]. 2016 [citado: 05 de febrero 2019]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/260187-overview>
14. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2010 Dec;48(4):269-278. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000500003>
15. Evans M. G, Vicuña M. M, Marín R. DEPRESION POSTPARTO REALIDAD EN EL SISTEMA PUBLICO DE ATENCION DE SALUD. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2003;68(6).<https://doi.org/10.4067/s0717-75262003000600006>