



ARTICULO DE TRADUCCION

Sondeo de la depresión postparto en una zona urbana

Screening for postpartum depression in an inner-city population

Jeanine K. Morris-Rush, MD, Margaret Comerford Freda, EdD, RN and
Peter S. Bernstein, MD MPH
Bronx, NY.

(Am J Obstet Gynecol 2003; 188:1217-1219.)

Traducido por: (1) Tomás Gerardo Hernández Parra (2) Ma. Gabriela Nachón García
(1) Hospital Escuela de Ginecológica (2) Instituto de Ciencias de la Salud

OBJETIVO: Este estudio fue realizado para determinar la prevalencia de tamiz positivos para depresión postparto utilizando el *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) en una zona urbana. **DISEÑO DEL ESTUDIO:** En sus visitas postparto, mujeres quienes fueron vistas en dos zonas urbanas entre febrero 20 y abril 30, 2002, se auto administraron el EPDS. Un umbral de 10 o más puntos fue seleccionado como tamiz positivo de depresión postparto. Si la paciente respondió que había tenido pensamientos de dañarse o dañar a otros, fue referida inmediatamente a trabajo social o a evaluación siquiátrica. Por otro lado, los proveedores del servicio médico no tuvieron acceso a los resultados de la prueba. **RESULTADOS:** De las 443 que fueron citadas para visitas postpartos durante este periodo, 285 (64%) pacientes se presentaron para sus visitas. 121 (42%) de estas pacientes participaron en el estudio, y una paciente no completó el cuestionario. 27 (22%) de esas 121 pacientes tuvieron un tamiz positivo para depresión postparto. 8 pacientes (6.6%) reportaron experiencias de ideas suicidas dentro de la semana previa. Sin el uso de herramientas de sondeo,

los encuestadores detectaron 16 (13%) pacientes quienes pensaron que estaban en riesgo de depresión postparto. De esas 16 pacientes, 14 tuvieron resultado positivo de EPDS. 8 pacientes eventualmente tuvieron depresión clínica diagnosticada. Hubo una relación significativa entre las mujeres con elevados puntajes en el EPDS y una historia personal de depresión ($P < .0006$), antecedentes de tratamientos para depresión ($P < .0001$) y un sentimiento depresivo durante el embarazo ($P < .0001$). Los proveedores del servicio médico erraron al comentar el estado de animo en 34 (28%) de las 121 pacientes. **CONCLUSIÓN:** Un mayor número de mujeres que el esperado tienen un tamiz positivo para depresión postparto en nuestra población. Estos hallazgos inesperados sugieren la necesidad de mayores recursos para ser dirigidos directamente a la investigación, identificación y tratamiento de depresión postparto en zonas urbanas.

PALABRAS CLAVES: Depresión postparto, embarazo, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*.

Recibido 27/01/04

Aceptado 17/03/04

Los desordenes afectivos ocurren frecuentemente durante el periodo posparto; los cambios de estados de ánimo incluyen : *baby blues*, depresión postparto y psicosis postparto.

El *baby blues* también conocido como la tristeza post parto, afecta de 70 a 85% de las nuevas madres y usualmente se resuelve sin ningún tratamiento.¹ La depresión postparto es más severa. Por definición, la depresión debe estar presente por más de dos semanas para ser distinguida del *baby blues*. La depresión postparto, la cual afecta de 8 a 15% de las mujeres, puede ocurrir después de algún tiempo, pero más frecuentemente se presenta de la segunda a la tercera semana después del parto y puede durar hasta un año.^{2,3}

La depresión postparto requiere tratamiento, el cual usualmente consiste en consejo y posiblemente medicación. La psicosis postparto afecta cerca de una de cada 1000 mujeres. La psicosis usualmente ocurre durante las primeras cuatro semanas del parto. Estas mujeres pueden tener paranoia, cambios de carácter, alucinaciones o desilusión. La psicosis postparto requiere atención inmediata especialmente debido a la alta tasa de infanticidio y de suicidio en estas pacientes. La prueba para depresión durante la visita postparto es una norma de atención. A las pacientes se les hacen preguntas tales como: "¿Está usted deprimida?, ¿está feliz?, ¿está durmiendo por la noche?" Estas preguntas, aunque son apropiadas, probablemente no son suficientes para iniciar una discusión estimativa del estado mental de la paciente.

La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) es una escala de auto reporte de 10 puntos, bien validada, para evaluar la intensidad del humor depresivo durante los pasados 7 días.⁴ Las preguntas incluyen: humor, ansiedad, culpa e idea de suicidio.^{4,5} Valoraciones de 10 o más han mostrado ser útiles para identificar depresión postparto. Algunos estudios han demostrado que valores de 12 tienen una sensibilidad de 86% y un valor predictivo positivo de 73% para identificar mujeres con depresión postparto.^{4,6}

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de un tamiz positivo para depresión postparto en una población indigente en el Bronx, Nueva York, usando el EPDS.

Tabla. Línea base de las características de las pacientes

Porcentaje de pacientes	25.9 (rango 15-38)
Raza/ grupo étnico (%)	
Hispánico	51
Negro	23
Blanco	10
Otros	16
Nulípara (%)	50
Casadas (%)	29
Viviendo con el papa del bebé (%)	54
Ayuda en casa (%)	83
Historia de violencia doméstica (%)	5.8
Parto vaginal (%)	82.6
Parto pretermino (%)	10
Neonato admitido en UCI* (%)	16
Historia de depresión (%)	16
Tratamiento previo para depresión (%)	11
Padeció depresión en el embarazo (%)	18

*UCI, Unidad de cuidados intensivos

MATERIAL Y MÉTODO

Después de ser aprobada por el *Institutional Review Boards of Montefiore Medical Center and Jacobi Medical Center*, la investigación fue conducida por el *Comprehensive Family Care Center of Montefiore Medical Group and Women's Health Center at Jacobi Medical Center*, dos prácticas en las cuales el cuidado es brindado por parteras, residentes y médicos suplentes en ginecología y obstetricia. Se buscaron pacientes mayores de quince años que asistieran a su visita postparto de sexta semana, de febrero 20 a abril 2, 2002, para participar en el estudio. Las pacientes fueron interrogadas para completar un cuestionario, el cual incluía el EPDS, preguntas sobre antecedentes personales de depresión, tratamientos previos de depresión y un estudio demográfico.

Las mujeres participantes completaron el cuestionario mientras estaban sentadas solas en un consultorio. El cuestionario fue traducido al español. Y los traductores del hospital fueron proveídos en caso necesario. Las mujeres que perdieron su visita postparto fueron contactadas por correo o teléfono y motivadas para reprogramar sus citas. Un valor de diez o más en el EPDS fue considerado un resultado positivo.

Las pacientes quienes obtuvieron tamiz positivos fueron referidas al psiquiatra o trabajadora social para una

evaluación más completa. Si una paciente reportaba alucinaciones o ideas homicidas o suicidas, inmediatamente era referida a una evaluación intensiva. Por otro lado, los proveedores del servicio médico fueron cegados a los resultados del EPDS. Una prueba de χ^2 y t de Student fueron utilizadas para probar las asociaciones significantes entre los resultados de la prueba de sondeo y varias características de la paciente.

RESULTADOS

De las 443 pacientes citadas para visitas postparto durante este periodo, 285 (64%) regresaron por sus visitas. Cuarenta y siete de las que retornaron perdieron su cita original. De las 285 pacientes presentadas para su visita postparto, 121 (42%) estuvieron de acuerdo en participar en el estudio, y una paciente no completó el cuestionario. Las características básicas de las participantes están en la Tabla. Significativamente, notamos que 28% de las mujeres reportaron sentimientos depresivos durante el embarazo, 16% reportó una historia de depresión y 11% un tratamiento previo para depresión.

La figura ilustra la distribución de los resultados de EPDS. Veintisiete pacientes (22%) tuvieron un tamiz positivo para la depresión postparto. Ocho pacientes (6.6%) reportaron ideas suicidas en la semana previa. De estas pacientes quienes reportaron ideas suicidas en la semana previa, solamente dos de ellas salieron positivas en la prueba de depresión que les aplicaron los examinadores.

Desafortunadamente, sólo una de estas pacientes, quien fue correctamente identificada por el examinador, aceptó una intervención. Las otras seis pacientes fueron referidas a las trabajadoras sociales pero declinaron intervención. Con base en una revisión del expediente clínico de las pacientes, los proveedores del servicio médico identificaron 16 pacientes (13%) quienes creían estaban en riesgo de depresión postparto, catorce de las cuales tuvieron un tamiz de EPDS positivo.

Todas las pacientes, quienes también tuvieron un resultado positivo usando el EPDS o que fueron identificadas separadamente por los examinadores (29 pacientes en total), fueron referidas para una evaluación adicional.

Los examinadores identificaron diecisésis pacientes quienes mostraron signos y síntomas de depresión en sus visitas postparto. Identificaron catorce de las veintisiete pacientes quienes tuvieron resultado positivo de EPDS.

Las dos pacientes quienes se consideraron con síntomas de depresión en sus visitas postparto y no tuvieron tamiz positivo de EPDS presentaron valores de 3 y 8. Solamente nueve de las veintinueve identificadas de estar en riesgo para depresión estuvieron de acuerdo con una evaluación adicional. De esas nueve mujeres, a ocho se consideraron con signos y síntomas de depresión, puesto que la novena se supuso estaba estresada por problemas económicos y no por considerarla con trastorno emocional. Dos de las nueve mujeres fueron referidas inmediatamente durante su visita postparto al departamento de emergencias psiquiátricas y admitidas para tratamiento psiquiátrico inmediato. Una de las dos mujeres reportó pensamientos homicidas hacia su recién nacido.

Notamos una relación significativa entre un tamiz positivo para depresión postparto y una historia de depresión ($p= .0006$), tratamiento previo para depresión ($p< .0001$) y sentimientos depresivos durante el embarazo ($p< .0001$). No hubo relación significativa encontrada entre el tamiz positivo de depresión postparto y edad, paridad, estatus marital, raza, historia de violencia doméstica, el vivir con el papá del bebe, ayuda doméstica, uso de alcohol, tabaco, uso de drogas, nivel de educación, lugar de atención del parto o problemas médicos concurrentes.

COMENTARIOS

El sondeo de depresión posparto es reconocido como una norma de atención. Desafortunadamente, como evidenció nuestro estudio, los proveedores del servicio médico pueden frecuentemente perder pacientes con riesgo de depresión. Aunque existen otras herramientas de sondeo de depresión, tales como *Postpartum Depression Screening Scale*,⁷ elegimos el EPDS por su brevedad y porque ha sido validado en múltiples países.⁸⁻¹² La población del estudio tuvo un mayor porcentaje de mujeres quienes reportaron un tamiz positivo en el EPDS que en otros estudios en la literatura; esto puede relacionarse a un menor estatus socioeconómico de la muestra.

Solamente otro estudio ha sido realizado con una población cerrada parecida y encontró una tasa similar de resultados de tamiz positivos.¹³

La principal limitación de nuestro estudio es que incluyó un tamaño de muestreo pequeño y, por lo tanto, no podría haber representado adecuadamente a nuestra población total de madres puérperas. Especulamos, sin embargo, que nosotros podemos así haber subestimado el índice de un tamiz positivo para depresión postparto porque puede ser menos probable que las mujeres deprimidas mantengan sus citas postparto.

Aunque no formaba parte de nuestro objetivo inicial, uno de nuestros importantes hallazgos es el pobre desempeño de nuestros proveedores del servicio médico en identificar mujeres en necesidad de una evaluación posterior por posible depresión. Sólo identificaron a aproximadamente la mitad de mujeres con resultados positivos en el EPDS. Desafortunadamente, muchas de las mujeres quienes resultaron positivas al tamiz no estuvieron de acuerdo para evaluación posterior por posible depresión.

Idealmente, todas las pacientes deprimidas deben ser identificadas durante su visita postparto. Debido a la restricción del tiempo que los proveedores del servicio médico tienen, el uso de una herramienta de sondeo de depresión auto administrada tal como la EPDS puede ser un modo eficiente para mejorar el tamizaje. La detección de depresión postparto es de suma importancia porque en adición a su potencial efecto devastador en la paciente, puede tener ramificaciones significativas para cada miembro de su familia.

REFERENCIAS

1. Gabbe S, Nieby J, Simpson J. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. New York (NY): Churchill Livingstone; 1996.
2. Hendrick V. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety* 2000;11: 66-72.
3. Josefsson A, Angelsoo L, Berg G, Ekestrom CM, Guennevick C, Nordin C *et al*. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 223-8.
4. Cox J, Holden J, Sagowsky R. Detection of the post natal depression: development of the 10-item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
5. Georgopoulos A, Bryan T, Yawn B, Houston M, Rummans T, Therneau T. Population-based screening for postpartum depression. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 653-7.
6. Harris B, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 813-7.
7. Beck CT, Gable RK. Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale. *Nurs Res* 2001; 50: 155-64.
8. Areias M, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression of women and men during childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 30-5.
9. Benvenuti P, Ferrara M, Niccolai C, Valoriani V, Cox J. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an Italian Sample. *J Affect Disorder* 1999; 53: 137-41.
10. Boyce P, Stubbs J, Todd A. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation for an

- Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry* 1994; 27: 472-6.
11. Pop V, Komproe I, Van Son M. Characteristic of the Edinburgh Post Natal Depression Scale in the Netherlands. *J Affect Disord* 1992; 26: 105-10.
12. Wickberg B, Hwang CP. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation on a Swedish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 181-4.
13. Ferguson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: can we do better? *AM J Obstet Gynecol* 2002; 186: 899-902.