

Relación Depresión posparto y Prácticas del parto recomendadas en la Estrategia de atención al parto normal

Relation between postpartum depression and childbirth practices recommended by Estrategia de atención al parto normal

Autora: Ana Belén Laviña Castán

Dirección de contacto: anabelenlavina@gmail.com

Cómo citar este artículo: Laviña Castán AB. Relación depresión posparto y prácticas del parto recomendadas en la estrategia de atención al parto normal. NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [citado día mes año]; 10(63):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE63_proyecto_depresparto.pdf

Fecha recepción: 16/04/2012

Aceptado para su publicación: 20/08/2012

Resumen

La alta prevalencia de depresión posparto (entre un 10-20 % en los países desarrollados) y las graves consecuencias de este trastorno para la madre y su hijo, ponen de relieve la necesidad de continuar estudiando factores relacionados con la Depresión posparto (DPP).

Son numerosos los estudios que buscan factores relacionados con este trastorno, pero no existe ninguno que realice una revisión exhaustiva para averiguar la relación con las prácticas del parto, a pesar de que en nuestra práctica profesional se aprecie una posible relación entre la experiencia del parto y trastornos emocionales en la madre, así como con alteraciones precoces de vinculación madre e hijo.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de depresión puerperal en las mujeres cuyo parto sea en el hospital Miguel Servet de Zaragoza en octubre y noviembre de 2011 y analizar su relación con la realización en el parto de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible recomendadas en la Estrategia del parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007).

Se realiza un estudio observacional de carácter transversal basado en una encuesta inicial a una muestra aproximada de 600 madres y posterior contacto telefónico entre la sexta y octava semana tras el parto para detectar posible DPP mediante el test de Escala de Depresión posnatal de Edimburgo (EPDS). Se estudiará la relación de cada variable recogida en la Estrategia de atención del parto normal con la existencia de DPP, también se tendrán en cuenta las siguientes variables por considerarse importantes: paridad, patología gestacional, prematuridad, nacionalidad y satisfacción respecto a su parto.

Palabras clave

Depresión postparto (DPP), parto, cesárea, episiotomía, lactancia.

Abstract

The high prevalence of postpartum depression (PPD) (rates between 10-20% in developed countries) and its serious consequences for both women and children, highlight the need to continue studying the factors affecting DPP.

Many studies have looked for factors related to this disorder, but none has carried out a comprehensive analysis to find out its relationship with childbirth practices, despite the possible relationship between the childbirth experiences and the emotional disorders in mothers, and the early alteration of the link between mother and child, that we have seen during our professional lives.

The objective of this research is to determine the prevalence of PPD among women whose childbirth took place at Miguel Servet Hospital, in Zaragoza, during October and November 2011, and to analyse its connection to carrying out clinical practice based on the best know-how available recommended by "Estrategia del parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo (2007)".

An observational and transverse study based was carried out that consisted of an initial survey to an approximate sample of 600 women with a later phone call between the sixth and eighth week after the childbirth to detect women suffering from PPD, using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The relationship between each variable defined within "Estrategia de atención del parto normal" and the existence of PPD will be studied; the following variables will be taken into account too, due to its high importance: parity, gestational pathology, prematurity, nationality and fulfilment of her childbirth.

Key words

Postpartum Depression (PPD), delivery, caesarean section, episiotomy, breast feeding.

Centro de Trabajo. DUE y Matrona. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

ANTECEDENTES

La depresión posparto (DPP) aparece entre la tercera o cuarta semana postparto en un 10-20 % de las madres de los países desarrollados, con una duración hasta la cuarta o sexta semana (1). Puede durar incluso hasta un año sin tratamiento (2).

La depresión posparto interfiere de manera negativa no sólo en la salud mental de la mujer a largo plazo (3), sino también en la relación de pareja y en los hijos, demostrándose que la DPP es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo emocional de los hijos (4).

Está demostrado que la puerpera cuando es dada de alta con signos de labilidad emocional (5), estos signos suelen considerarse "normales" no solicitando ayuda la madre (6). Este grave problema de infra diagnóstico de Depresión posparto puede deberse a que en ocasiones es difícil diagnosticar una DPP debido a que la mujer y los profesionales infravaloramos los síntomas o los confundimos con otros propios de la crianza, por ejemplo cansancio.

Debido a la alta prevalencia de depresión posparto y a sus consecuencias es importante investigar los factores de riesgo de DPP.

Ciertos estudios realizados relacionan la aparición de DPP con variables socioeconómicas y familiares (7).

Aunque se han descrito numerosos factores que están relacionados con la presencia de DPP en el puerperio, entre los diferentes estudios existen resultados contradictorios, posiblemente por diferencias metodológicas (8). Todos los estudios coinciden en afirmar que el nacimiento de un bebé es un acontecimiento precipitante en mujeres predispuestas. Los factores desencadenantes pueden ser, entre otros, antecedentes psiquiátricos (personales y/o familiares) y gestación no deseada (8-9). Asimismo, existe una predisposición en ciertas estaciones del año, por ejemplo en el otoño (10).

No hay que olvidar que en las mujeres inmigrantes existen condicionantes sociales para sufrir DPP, como son el aislamiento social, cambios frecuentes de residencia o falta de apoyo familiar (11).

Son numerosos los estudios que buscan factores relacionados con este trastorno, pero no existe ninguno que realice una revisión exhaustiva para averiguar la relación con las prácticas del parto, a pesar de que se puede afirmar que el momento del parto puede ser vivido con incertidumbre acerca

de su progresión y resultado final, convirtiéndose en una situación amenazadora para la madre y el bebé (12), asociándose:

- DPP con antecedentes de patología obstétrica, complicaciones perinatales (13) (preeclampsia, distress fetal, Apgar disminuido).
- Melancolía puerperal con un parto difícil (14). La asociación entre fuertes *maternity blues* y la posterior depresión puerperal ha sido puesta de manifiesto en diferentes trabajos (14).
- Trastorno de estrés postraumático con: alto grado de intervención obstétrica, cesárea urgente, parto instrumentado, vivencia del dolor del parto, episiotomía, insatisfacción con el parto, sensación de pérdida de control (15).

Por ello, es importante que la madre perciba su parto como una experiencia positiva. En este sentido la OMS (16) propuso en 1996 que ciertas prácticas deben ser promovidas en la asistencia al parto. En la misma línea, en 2007, la Estrategia de atención al parto normal (17) señala que la atención al parto se debe realizar teniendo en cuenta que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de normalidad.

Así pues, siguiendo las líneas estratégicas marcadas por la Estrategia de atención al parto normal, realizamos una revisión de las prácticas del parto con el objetivo de conocer su repercusión en el estado emocional de la madre e investigar si determinados aspectos de la atención en el parto pueden considerarse factores de riesgo de DPP.

Debido a las numerosas prácticas incluidas en dicho documento, sólo se hace referencia a las prácticas en las que más se involucra la matrona y sobre las que más puede influir para mejorarlas.

1. Satisfacción con el parto

Existe correlación entre la percepción negativa del nacimiento y DPP (18). Además las experiencias negativas en el primer parto aumentan el riesgo de DPP y provocan actitudes negativas ante futuras gestaciones (19).

2. Episiotomía

Los síntomas de trauma perineal se asocian a una percepción negativa del parto y por tanto a DPP (18).

En estudios recientes se llega a la conclusión de que no es necesaria la episiotomía de rutina, siendo la episiotomía selectiva segura (20).

3. Manejo del dolor durante el parto

Se asocia una mala experiencia del dolor del parto con *maternity blues* (21).

Debemos tener en cuenta que aunque ciertas prácticas sean seguras supondrán ciertas complicaciones, por ejemplo la analgesia epidural, que aunque es un método eficaz para el alivio del dolor implica mayor nº de partos instrumentales (22).

Se puede disminuir la medicalización del parto aplicando métodos alternativos para controlar el dolor (23). La bibliografía señala que la acupuntura e hipnosis pueden ayudar a aliviar el dolor durante el trabajo del parto (24).

4. Percepción de la mujer de tener un apoyo continuo durante el parto y posparto por la matrona y de estar acompañada por la persona elegida por ella.

El acompañamiento es efectivo tanto en el parto como en el posparto inmediato para reducir síntomas de depresión en mujeres de alto riesgo (25).

El trato personalizado y el acompañamiento durante todo el proceso del parto tienen claros beneficios no sólo a nivel físico, sino también psicológico (26).

5. Parto instrumental

Se encuentra una mayor asociación entre un parto difícil con la presentación de *maternity blues* (14). Aunque este punto es controvertido pues existe variabilidad entre diferentes estudios, no encontrándose en algunos trabajos revisados ninguna asociación estadística significativa entre el parto instrumental (8) o el tipo de parto (27) y DPP (8).

6. Cesárea

La cesárea se asocia con mayores síntomas depresivos (14), tal vez debido al aumento de morbilidad materna y fetal y al proceso de recuperación que conlleva para la madre, que interfiere en la crianza (28).

Pero según la bibliografía revisada, parece ser que la cesárea se asocia a mayor riesgo de DPP, no debido a la intervención en sí, sino al tipo de cesárea o anestesia que se practique, siendo la cesárea de emergencia (13) y la practicada con anestesia general las que más riesgo conllevan para desarrollar DPP (29).

7. Contacto precoz madre-recién nacido

El contacto precoz piel con piel tiene efectos beneficiosos para la madre y el recién nacido: mayor satisfacción respecto al parto, proporciona calor y reduce el llanto del bebé, propicia la interacción madre-hijo, favorece la lactancia materna (30). Todos estos efectos positivos contribuyen a disminuir la percepción negativa del parto.

Es más frecuente la DPP en las madres con niños recién nacidos ingresados en UCI (31), enfermos y/o prematuros (32).

8. Atención posnatal inmediata: Lactancia

La primera toma satisfactoria refuerza la unión psicoafectiva madre-hijo y la continuidad a corto y largo plazo de lactancia (33). Algunos estudios relacionan abandono precoz de lactancia materna con DPP (34).

Es discutible si es la DPP la que ocasiona el que la mujer deje la lactancia y no a la inversa ya que algún estudio sugiere que las mujeres con sintomatología depresiva presentan más dificultades en la lactancia materna, manteniendo difícilmente una lactancia materna exclusiva y presentando una menor duración de ésta (35).

Tampoco puede afirmarse que su abandono se asocie con trastornos emocionales, pues ciertos estudios no encuentran asociación significativa (8,36).

Tras esta revisión se observa que, de todas las prácticas del parto revisadas, las que muestran mayor relevancia en la repercusión del estado emocional de la madre son la reducción del dolor del parto (21), el apoyo continuo en el parto (26) y el contacto precoz madre-recién nacido (30). Todas ellas aumentan la satisfacción de la mujer respecto a su parto, evitando experiencias emocionales negativas.

Respecto al resto de las prácticas de parto que se han revisado y su relación con DPP, existen ciertas controversias entre los diferentes estudios.

Esta falta de consenso entre los estudios puede deberse a los diferentes criterios diagnósticos utilizados y la población de referencia (8).

Se considera importante investigar sobre los factores de riesgo de DPP, ampliándolo a los aspectos del parto para permitir captar precozmente a las madres con riesgo de desarrollar depresión posparto evitando un retraso en la detección y tratamiento de DPP que influiría en la morbilidad del recién nacido, madre y su familia.

Para una adecuada detección de DPP no debemos guiarnos por la impresión que nos cause como profesional de la salud, sino que deberíamos utilizar un instrumento válido como método de despistaje. La escala de depresión de Edimburgo (EPDS, por sus siglas en inglés) es sencilla de realizar y está validada en su versión española (37) (**Anexo 3**).

Este instrumento se usa entre la 6^a-8^a semana posparto para seleccionar a las madres con posible DPP. Toda mujer con puntuación mayor de 10 indica probable depresión (38), pero no su gravedad o un diagnóstico definitivo.

Por tanto, al ser un método de despistaje y no de diagnóstico se derivará a salud mental a toda madre con probable DPP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez J, Díaz C, Corredera F, López M Tejerizo LC. Melancolía y depresión puerperal. En: Fabre González E. Manual de asistencia al parto y puerperio patológico. Zaragoza: INO; 1999:671-684.
2. Tomás Pérez A, Pedros Rosello A. Leal Cercos C, Aguilar García, Iturrospe K, Gómez Beneyto M. Depresión postnatal. An Psiquiatría 1991;7(7):299-304
3. Ferrando L. La depresión en la mujer. Psiquiatr Aten Prim.2003;4(4):4-9
4. Lartigue T, González I, Vázquez M, Schnaas L, Ibarra P, Flores Q, et al . La depresión materna. Su efecto en las interacciones madre-hijo en el 1^a año de vida. Proyecto de investigación entregado en la dirección de investigación del INPer; 2003.
5. Terre Rull C, Gómez Moreno C, Monegal M, Edo M, Avilés I. Grados de dependencia en el puerperio del parto eutócico. Enfermería Clínica. 1996;6(3):102-7.
6. Carrascón A, Gacia S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C. Detección precoz de la Depresión durante el embarazo y el posparto. Matronas prof. 2006;7(4):5-11.
7. Sierra JM, Carro T, Ladrón E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. Aten Primaria. 2002;30(2):103-11.
8. Machado Ramírez F, García Serrano T, Moya Rüegg N, Sáez Bernabeu N, Cerdá Díaz R. Depresión puerperal. Factores relacionados. At. Primaria sept.1997;20(4):161-66.
9. Sebastian Romero E, Mas Lodo N, Martín Blázquez M, Raja Casillas M.I, Izquierdo Zamarriego M.J, Valles Fernández N, Metola Gómez M. Depresión postparto en el área de salud de Toledo. At. Prim sept. 1999; 24(4):81-5
10. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. J Affect Disord. 2011 Mar; 3. [Acceso 9 Oct 2011]. Disponible en: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377210](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21377210)
11. Ahmed A, Stewart DE, Teng L et al. Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. Arc Womens Ment Health. 2008 Sep;11(4):295-303
12. Bergant AM, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. J. Psychosom Res 1999; 46: 391-94
13. Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, Hofman A, Raat H, Jaddoe VW, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. BJOG. 2010 Oct; 117(11):1390-8.
14. Hannah R et al. Links between early postpartum mood and postnatal depression. Br J Psychiatry 1992; 160: 777-80.
15. Sánchez Montoya J, Palacios Alzaga Graciela. Trastorno de estrés postraumático en embarazo, parto y posparto. Matronas Prof. 2007;8(1):12-19.
16. OMS. Cuidados en el parto normal, Una guía práctica. Grupo técnico de trabajo de la OMS. Ginebra; OMS; 1999.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia atención parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

18. Sorenson DS, Tschetter L. Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspect Psychiatr Care*. 2010 Jan; 46 (1):14-25.
19. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Dec; 10;10:81.
20. Juste Pina A, Luque Carro R, Sabater Adán B, Sanz de Miguel E. Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Matronas profesión* 2007; 8(3-4): 5-11
21. Bodou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Encephale* 2007; 33(5):805-10
22. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Howell CJ. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. Revisión Cochrane traducida. En: Biblioteca Cochrane Plus, 2007; número 2. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso 10 Abr 2011]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%205231908&DocumentID=CD000331>
23. Pérez Laura. Manejo del dolor del trabajo de parto con métodos alternativos y complementarios al uso de fármacos. *Matronas Prof.*2006;7(1):14-22
24. Smith C, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Tratamientos complementarios y alternativos para el manejo del dolor durante el trabajo del parto. Revisión Cochrane traducida. En: La biblioteca Cochrane Plus, 2007; Número 2. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso 10 de abril de 2011]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%205231908&DocumentID=CD003521>
25. Dennis CL. Postpartum depression peer support: maternal perceptions from a randomized controlled trial. *Int J. Nurs Stud*. 2010 May; 47(5):560-8.
26. Herrera B, Gálvez A, Carreras I, Strivens H. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas Prof.* 2006;7(1):27-33.
27. Pérez Villegas R, Sáez Carrillo K, Alarcón Barra L, Avilés Acosta V, Braganza Ulloa I, Jocelyn Coleman R. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto, según escala de Edimburgo. *Revista Obstet Ginecol Venezuela*.2007; 67(3): 187-191
28. Foradada Carles M^a. Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Prof.* 2006;7(1):5-13
29. Edwards DR, Porter SA, Stein GS. A pilot of postnatal depression following caesarean section using two retrospective self-rating instruments. *J. Psychochosome Res.* 1994 Feb; 38(2):111-7.
30. R.Moore E, C Anderson G, Bergman N. Early Skin-to-Skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Número 3. [Acceso 10/04/2011]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/full>
31. Mounts KO. Screening for maternal depression in the neonatal ICU. *Clin Perinatol*. 2009 Mar; 36(1):137-52.
32. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birthweight infants: a systematic review *BJOG*. 2010 Apr; 117(5):540-50.
33. Criado Rodriguez E, Esquilas Martín MC, San Román Muñoz P. Lactancia materna: retos y condicionantes sanitarios y socioculturales. *Rol Enfermería* 1998:234:56-63.
34. Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breastfeeding?. *Midwifery* 1998; 14(4):242-47.
35. Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009 Apr; 123(4):736-51.
36. Mosteiro Díaz P, Fernández Feito A, Morán Ordóñez D, Pellico López M, Díaz Fernández E. Influencia de la depresión puerperal durante la hospitalización posparto en la lactancia materna. *Enfermería Clínica* 2001;11(4):155-9.
37. Garcia Esteve I, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P. Validation of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of affective Disorders*. 2003; 75:71-6.
38. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis

La prevalencia de depresión puerperal entre la 6ª y 8ª semana tras el parto es superior en las mujeres a las que no se les han aplicado las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible reconocidas en la Estrategia del parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión puerperal entre la 6ª y 8ª semana posparto mediante un test validado en aquellas mujeres a las que se les realizó en su parto prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, recomendadas en la Estrategia del parto normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, en relación con aquellas en las que no se pudieron realizar.

Objetivos específicos

- 1) Estudiar la asociación entre la insatisfacción de la mujer con su parto y depresión puerperal.
- 2) Establecer la asociación entre el apoyo continuo y el acompañamiento en el parto por la persona elegida por la mujer con la insatisfacción en el parto.
- 3) Explorar la influencia de la nacionalidad de la madre y DPP.
- 4) Analizar la relación entre paridad y edad de la madre con DPP.
- 5) Determinar la influencia de la patología en la gestación en el desarrollo de DPP.
- 6) Conocer las consecuencias de la prematuridad del bebé en la aparición de DPP en la madre.

Metodología

Diseño

Estudio observacional de carácter transversal basado en una encuesta inicial y contacto telefónico de detección y seguimiento. Realizado en las plantas de púerperas del Hospital Miguel Servet de Zaragoza durante un periodo de tiempo de 2 meses.

Población diana

Mujeres que dan a luz en el hospital Miguel Servet durante un tiempo de 2 meses: Octubre y noviembre de 2011. Se calcula un tamaño muestral para un nivel de confianza del 95% y un poder de 0,9, de aproximadamente de 600 mujeres.

Criterios inclusión

Madres cuyo parto sea en nuestro hospital en el periodo de tiempo del estudio y den su consentimiento escrito de participar en el estudio, teniendo un conocimiento correcto hablado y escrito del español.

Criterios exclusión

No deseo de la paciente de ser incluida en el estudio, seguimiento por salud mental debido a patología psiquiátrica previa, púerperas que no hablen ni entiendan nuestro idioma, púerperas con resultado perinatal adverso de mortalidad fetal o neonatal, imposibilidad de contactar telefónicamente con ella, acontecimientos vitales estresantes en el último año que conlleven riesgo de sufrir síntomas depresivos independientemente del parto (y que sean referidos y considerados así por la mujer) y enfermedad crónica de la madre que le hubiera afectado al menos durante 3 meses en el último año.

Variables

Los datos son los relativos a las prácticas clínicas del parto, basándonos en el documento de Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad. Se recogen los más relevantes de ocasionar DPP y sobre los que más puede influir la matrona.

Por considerarse, según la bibliografía, relevante para la aparición de una depresión posparto, se recogen otros datos: paridad, nacionalidad, prematuridad, problemas durante la gestación y satisfacción con su parto.

- 1) Nacionalidad: Española/Extranjera.
- 2) Prematuridad recién nacido: si/no.
- 3) Problemas gestación: si/no.
- 4) Satisfacción con su parto: si/no.
- 5) Episiotomía: si/no.
- 6) Manejo del dolor en el parto: Epidural: si/no.
- 7) Percepción por la mujer de tener un apoyo continuo durante el parto y postparto por la matrona: si/no.
- 8) Acompañamiento durante el parto y postparto por la persona elegida por la mujer: si/no.
- 9) Tipo de parto: Normal, Instrumental (Ventosa o fórceps), Cesárea.
- 10) Contacto precoz piel con piel madre-recién nacido durante al menos los 70 minutos tras el parto (Independientemente del tipo de parto): si/no.
- 11) Ingreso hospitalario del bebé: si/no.
- 12) Primera toma de lactancia materna en las 2 primeras horas tras el parto: si/no.
- 13) Valoración de trastorno depresivo postparto mediante escala EPDS: puntuación igual/mayor de 10.

Recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizan los siguientes instrumentos:

- Consentimiento informado para participar en el estudio (**Anexo 1**).
- Cuestionario de Prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia científica (Estrategia parto normal SNS) (**Anexo 2**).
- Escala autoadministrada de depresión postnatal de Edimburgo (EPDS) (**Anexo 3**).

Se realizará una prueba del cuestionario en 60 mujeres puérperas con el fin de valorar la comprensión de la encuesta.

El **cuestionario** lo cumplimentará la madre antes de ser dada de alta en el hospital. En esta misma encuesta la puérpera da su opinión personal acerca de la encuesta y del estudio.

Al entregar la encuesta se le explica a la mujer el proyecto y se le pide **consentimiento escrito**.

Entre las semanas 6-8 del posparto, se realiza contacto telefónico con las puérperas completando la **escala de depresión de Edimburgo (EPDS)**.

Para la realización del EPDS las matronas somos asesoradas por un psiquiatra que también forma parte del equipo investigador.

La 6ª-8ª semana posparto son consideradas las adecuadas para la realización del test debido a que la duración de la depresión postparto es de 4-6 semanas y el test EPDS hace referencia al estado de ánimo de la mujer 7 días antes de realizarlo.

El test consta de 10 items, cada uno valorado de 0 a 3 puntos.

Según los resultados, la puérpera puede ser clasificada en tres grupos:

- EPDS menor de 10: sin riesgo.
- EPDS 10-12: límite para riesgo de DPP.
- EPDS mayor o igual a 13: probable DPP. Con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 77%.

Se deriva a psiquiatría para la realización de una entrevista clínica a toda puérpera con una puntuación igual o mayor de 10 puntos, así como a aquella que presente ideas suicidas (valorándose con la pregunta nº 10).

Análisis de datos

Los datos serán introducidos y analizados por un estadístico en el programa SPSS. Se realizará una descripción de cada variable (siendo todas cualitativas) calculando porcentajes.

Para estudiar la relación o asociación de cada variable con la existencia o no de depresión posparto se utiliza una prueba de independencia para comparar proporciones (Chi-cuadrado) con un nivel de confianza del 95%.

Características específicas de este proyecto

- Originalidad: Es el primer estudio que permitirá evaluar la depresión posparto y su relación con las prácticas del parto recomendadas en la estrategia de atención al parto normal.
- Participación de psiquiatría: Los estudios sobre depresión posparto no suelen contar con un psiquiatra que realice una entrevista personalizada a las puérperas valorando la existencia de DPP verdadera y diferenciándola de otros trastornos. En nuestro estudio sí que contamos con su colaboración para dotar a los resultados de un mayor grado de validez.
- Impacto clínico: El impacto clínico de la depresión posparto no tratada es enorme a nivel personal y social. Este estudio pretende detectar precozmente este trastorno.
- Utilidad práctica: conocer la prevalencia de esta patología y los aspectos del parto asociados facilita la sensibilización de los profesionales sobre la importancia de aplicar en el parto las prácticas clínicas basadas en la evidencia científica, mejorando la asistencia.
- Coordinación con psiquiatría y atención primaria: Este proyecto permite un contacto constante con psiquiatría para detectar alteraciones del estado de ánimo. Así mismo se pretende mejorar la comunicación con la matrona de Atención Primaria.

Relevancia científica y sociosanitaria del Estudio

- 1) Evaluar la magnitud del problema de depresión postparto en las puérperas atendidas en un hospital público, lo que permitirá planificar las necesidades y recursos.
- 2) Conocer la repercusión de la realización en el parto de las prácticas basadas en la evidencia recomendadas por el Ministerio de Sanidad en la satisfacción con su parto y en la mejora de los trastornos depresivos tras el parto
- 3) Utilidad del test de Edimburgo (EPDS) en la detección de depresión posparto, pudiendo ser utilizado posteriormente en la consulta de matrona de atención primaria para la detección de dichos trastornos si resulta adecuado.

- 4) Favorecer la comunicación entre matrona de hospital y de atención primaria en el seguimiento de las puérperas, planteando la posible necesidad de ampliar la información del informe de alta de la matrona hospitalaria.

Limitaciones del estudio

- Pérdidas y abandonos de casos: para evitar pérdidas a la hora de entregar las encuestas el estudio se realiza por varias matronas y al recoger la encuesta la madre indicará un teléfono de contacto para la realización del test EPDS por teléfono, aún así se espera que la muestra se reduzca debido a la retirada del estudio de algunas mujeres al contactar por teléfono por no disponer de tiempo suficiente (a pesar de que el test de Edimburgo se realice en 5 minutos) y las ausencias o cambios de residencia a la hora de contactar telefónicamente con ellas.
- Aspectos culturales: los condicionantes culturales cobran todavía más importancia si se desea establecer la relación entre DPP y el parto, puesto que cada cultura puede tener una percepción diferente respecto al parto y por tanto, ante un mismo tipo de parto, la satisfacción puede ser muy diferente; por ejemplo, algunas culturas rechazan la anestesia epidural o no perciben que el padre sea un apoyo importante en el trabajo del parto, prefiriendo prescindir de él, otras no consideran la lactancia materna primordial.
- El estudio no se limita a una determinada clase social, aspecto que pueden ser importante.
- Trastornos depresivos independientes del parto serán valorados por el psiquiatra del equipo.
- Influencia estacional: se realiza en otoño, estación en la que son más frecuentes los estados depresivos.
- Debido a los recortes presupuestarios, las dificultades de tipo económico pueden frenar la realización de proyectos de investigación. A pesar de no contar con dotación económica, esperamos que nuestro esfuerzo e ilusión saquen adelante este estudio.

Consideraciones éticas y permisos

El proyecto de investigación ha sido aprobado como proyecto de calidad por la Directora Gerente del Servicio Aragonés de SALUD dentro del programa de apoyo a las iniciativas de mejora de calidad de SALUD de 2011, también tiene la aprobación del presidente de la comisión de investigación del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

La comisión de investigación del hospital tras revisar el proyecto no requirió evaluación por el comité ético, ya que el proyecto expone las consideraciones éticas acerca de la privacidad y confidencialidad de datos y que las púérperas que participan en el estudio son adecuadamente informadas y se les solicita su consentimiento informado (**Anexo 1**).

Plan de trabajo

Lugar de realización del proyecto

Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Hospital de nivel III (IV en algunas clasificaciones), de referencia del sector II de Aragón y de toda la Comunidad y provincias limítrofes en ciertas especialidades (como ginecología), que atiende de forma directa a una población de más de 550.000 personas

Cronograma

Se comienza a trabajar en mayo de 2011, se espera finalizar el proyecto en junio de 2012 (**Tabla 1**).

Experiencia del equipo investigador

El equipo investigador está compuesto por un grupo multidisciplinar: matronas, médico especialista en psiquiatría y enfermero en planta de puerperio. Todo el equipo desarrolla su labor profesional en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza y han realizado algún máster e investigaciones relacionadas con la salud de la mujer

La investigadora principal ha realizado anteriores estudios de depresión posparto, realizando los siguientes proyectos de investigación: "Mercado la-

boral y depresión posparto" y "Sexualidad tras el nacimiento de un hijo". Presentando diversas comunicaciones del tema en congresos de matronas.

Se espera publicar los resultados del estudio y presentar comunicaciones en futuros congresos, como el Congreso de Matronas de Aragón de 2013.

Recursos y presupuesto

Personal

Equipo multidisciplinar integrado por matronas, un enfermero y un psiquiatra.

Se hace necesario el apoyo de una persona experta del programa de datos estadístico SPSS para realizar la base de datos y el análisis de los mismos. Este profesional será del servicio de estadística del hospital o se costeará por los miembros del equipo investigador.

Instalaciones

Infraestructura asistencial del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Presupuesto

A pesar de ser aprobado el proyecto y considerarse una buena iniciativa, no se le dotó con recursos económicos. Se utilizan los recursos que nos brinda el hospital: material inventariable de tipo informático, material fungible. Las fotocopias y llamadas telefónicas que se precisen hacer se realizan en el propio hospital.

Agradecimientos

A todas las madres que están participando en este estudio y a todos los profesionales del hospital que, a pesar de las dificultades encontradas, han sabido valorar la validez y el esfuerzo de este proyecto desde su inicio.

Tabla 1. Cronograma.

Actividades	Meses	2011								2012					
		MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
1. Primera reunión de todo el equipo. Acuerdos con psiquiatría															
2. Puesta en común del material recogido y de las búsquedas bibliográficas															
3. Diseño de protocolo. Presentación en jornadas de calidad en salud															
4. Diseños preliminares. Realización de una prueba del cuestionario a 60 puérperas para valorar la comprensión															
5. Reunión de todo el equipo. Valoración de la prueba realizada															
6. Entrega y recogida de encuestas															
7. Test EPDS y derivación a salud mental (proceso dinámico)															
8. Reunión de todo el equipo para valorar todo el proceso realizado															
9. Reunión del equipo: resultados y satisfacción															
10. Realización del estudio de investigación (análisis estadístico de los datos) para su posterior publicación															
11. Introducir posibles mejoras y ver la posibilidad de hacer un protocolo con matronas de atención primaria															

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para mejorar la atención de la mujer tras el parto estamos realizando un programa de mejora de calidad que tendrá efectos positivos en su salud.

El objetivo es que la atención a la madre no se centre sólo en su salud física sino también se realice un seguimiento de su salud emocional, debido a las altas cifras de trastornos emocionales observadas tras el parto, que no son atendidas a tiempo.

Si decide participar en el programa, se le realizará un cuestionario fácil de realizar para obtener datos sobre su parto. Este cuestionario le será realizado por personal del hospital (matronas y enfermer@s).

Posteriormente, nos pondremos en contacto con usted por vía telefónica hacia las 6-8 semanas tras el parto para efectuarle un nuevo cuestionario, también sencillo. Este cuestionario valorará su estado emocional y en el caso de observar una alteración de su estado anímico, podrá ser remitida a una consulta de apoyo a la maternidad donde será atendida por la unidad de psicopatología del hospital.

Su participación en el programa es de carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación asistencial que reciba.

Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial, respetando las normas internacionales de protección de datos, así como la legislación española vigente (Ley Orgánica 15/1999 del 13/12/99 de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE 298 de 14/12/99).

El matrn/a y/o enfermero/a que le atiende podrá contestar a sus dudas y preguntas.

Yo, D^a..... con DNI n^o..... he leído la hoja de información que se me ha entregado, he podido hacer preguntas sobre el programa, he recibido suficiente información, he hablado con.....(nombre del profesional sanitario), y comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, y sin que esto repercuta en mis cuidados posteriores.

Presto libremente mi conformidad para participar en el programa.

Firmado:

En Zaragoza, a dede 2011 .

ANEXO 2
ENCUESTA

FECHA ENCUESTA: FECHA TEST Y Puntuación:

Este cuestionario tiene por finalidad mejorar la calidad en la atención a la mujer tras el parto. Agradeceríamos su colaboración contestando a las siguientes preguntas. Es muy importante que indique uno o varios números de teléfono fijos en el que podremos localizarla en Diciembre de 2011 o Enero de 2012.

NOMBRE EDAD..... NACIONALIDAD

DOMICILIO:

TELÉFONO FIJO: TELÉFONO MÓVIL:

A Nº de HIJOS (contando este último parto)

B ¿HA SIDO PARTO PREMATURO? SI NO

C PROBLEMAS EN LA GESTACIÓN SI ¿Cuál? NO

ENFERMEDADES QUE PADECE

¿HA CONSULTADO ALGUNA VEZ CON UN PSICOLOGO O PSIQUIATRA? SI NO

AHORA CONTESTE ESTAS PREGUNTAS EN RELACIÓN CON SU PARTO ACTUAL

1. ¿ESTÁ SATISFECHA CON EL PARTO QUE HA TENIDO? ¿HA CUMPLIDO SUS EXPECTATIVAS? SI NO

2. ¿SE LE HA REALIZADO EPISIOTOMÍA EN EL PARTO? SI NO

3. ¿ANALGESIA EPIDURAL? SI NO

4. ¿CONSIDERA QUE LA MATRONA LE HA APOYADO DURANTE EL PARTO Y POSTPARTO? SI NO

5. ¿HA SIDO ACOMPAÑADA DURANTE EL PARTO POR LA PERSONA ELEGIDA POR USTED? SI NO

6. INDIQUE SU TIPO DE PARTO NORMAL CESÁREA VENTOSA FORCEPS

7. ¿CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL CON SU BEBÉ 1 HORA TRAS EL PARTO? SI NO

SI NO SE REALIZÓ, INDIQUE LA CAUSA:

8. INGRESO HOSPITALARIO DE SU BEBÉ SI NO

9. ¿PRIMERA TOMA DE LACTANCIA MATERNA EN LAS 2 PRIMERAS HORAS TRAS EL PARTO? SI NO

10. ¿LE PARECE UNA BUENA INICIATIVA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROYECTO? SI NO

11. ¿LE PARECE COMPENSIBLE LA ENCUESTA? SI NO

12. COMENTARIOS QUE DESEA AÑADIR (Si precisa puede escribir por detrás de la hoja):

.....

ANEXO 3

TEST DEPRESIÓN POSTNATAL

Spanish version of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Instrucciones

Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría conocer cómo se siente ahora. Por favor, SUBRAYE la respuesta que encuentre más adecuada a cómo se ha sentido durante la semana pasada.

EN LOS PASADOS 7 DIAS...

(1) He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas

- Igual que siempre
- Ahora, no tanto como siempre
- Ahora, mucho menos
- No, nada en absoluto

(2) He mirado las cosas con ilusión

- Igual que siempre
- Algo menos de lo que es habitual en mí
- Bastante menos de lo que es habitual en mí
- Mucho menos que antes

(3) Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, en ningún momento

(4) Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo

- No, en ningún momento
- Casi nunca
- Sí, algunas veces
- Sí con mucha frecuencia

(5) He sentido miedo o he estado asustada sin motivo

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, en absoluto.

(6) Las cosas me han agobiado

- Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
- Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
- No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
- No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

(7) Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, en ningún momento

(8) Me he sentido triste o desgraciada

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, bastante a menudo
- No con mucha frecuencia
- No, en ningún momento

(9) Me he sentido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, la mayor parte del tiempo
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en alguna ocasión
- No, en ningún momento

(10) He tenido pensamientos de hacerme daño

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- En ningún momento

¿Está satisfecha con este proyecto de Calidad?

- Sí, mucho
- Sí
- No
- No, en absoluto

Comentarios:

RIESGO DEPRESIÓN	puntuación 10-12	PROBABLE DEPRESIÓN	puntuación igual o mayor 12
-------------------------	------------------	---------------------------	-----------------------------