

Depresión posparto: Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso

Domínguez-Mejías, M.

"Depresión posparto. Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso."

SANUM 2021, 5(4) 38-46

AUTORA

María Domínguez Mejías

Enfermera Especialista en
Obstetricia y Ginecología. Centro
de trabajo: Área de Paritorio.
Hospital de Cruces

Correspondencia:

 mariamatronamalaga@gmail.com

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección:

Obstetricia y ginecología

F. recepción: 24/06/2021

F. aceptación: 09/09/2021

Resumen

El posparto es el periodo de tiempo que abarca las primeras seis u ocho semanas después del parto. Se trata de un periodo de gran vulnerabilidad biopsicosocial para la mujer debido a todos los cambios que conlleva. La depresión posparto es un trastorno que conlleva importantes consecuencias de por vida para las mujeres y sus hijos. Es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses posparto. Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteraciones del apetito y el sueño, sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Actualmente se estima que su prevalencia es de aproximadamente del 10 al 20%.

Palabras clave:

Depresión posparto;
Puerperio;
Matrona.

Postpartum depression. Importance of the performance of the midwife. About a case

Abstract

Postpartum is the period of time that covers the first six to eight weeks after delivery. This is a period of great biopsychosocial vulnerability for women due to all the changes that it entails. Postpartum depression is a disorder with significant lifelong consequences for women and their children. It is one of the most common maternal illnesses that can appear weeks after delivery or during the first 12 months postpartum. It is characterized by the presence of a sustained state of sadness, loss of interest in things, the urge to cry, decreased energy, altered appetite and sleep, feelings of guilt for not being a good mother. Currently it is estimated that its prevalence is approximately 10 to 20%.

Keywords:

*Depression, Postpartum;
Puerperium;
Midwifery.*

Test-posiciones.net

Introducción

El nacimiento de un hijo/a representa un cambio importante en varios aspectos de la vida de la mujer. Supone un reto que puede generar diferentes estados emocionales, sentimientos y percepciones. El posparto es el periodo de tiempo que abarca las primeras seis u ocho semanas después del parto convirtiéndose en un tiempo de adaptación a la nueva situación en que se encuentra la mujer. Se trata de un periodo de gran vulnerabilidad biopsicosocial para la mujer debido a todos los cambios que conlleva. Las emociones que experimenta la mujer se ven potenciadas por la inseguridad en el cuidado del bebé, las molestias posparto, el exceso de visitas y la discrepancia entre la información que la mujer recibe de profesionales y personas cercanas¹.

La depresión posparto (DPP) es un trastorno que conlleva importantes consecuencias de por vida para las mujeres y sus hijos. Además del sufrimiento y el deterioro asociados con la depresión posparto, existen riesgos a largo plazo asociados con la enfermedad².

Es una de las enfermedades maternas más comunes que puede aparecer semanas después del parto o durante los primeros 12 meses posparto³.

La DPP ha sido descrita hace siglos, pero ha tenido poco interés por la comunidad científica hasta hace unas décadas. Actualmente, está descrita como un episodio depresión mayor de inicio en el periparto³.

Se caracteriza por la presencia de un estado mantenido de tristeza, pérdida de interés por las cosas, ganas de llorar, disminución de la energía, alteraciones del apetito y el sueño, sentimientos de culpa por no ser una buena madre. Este estado se acompaña de ansiedad, con afectación de las funciones maternas de autocuidado, lactancia, vinculación y crianza.

Actualmente se estima que la prevalencia de DPP es de aproximadamente del 10 al 20%⁴.

Su inicio es variable, siendo el periodo de mayor riesgo las primeras semanas, continuando hasta los tres primeros meses después de dar a luz. Un 25% de las mujeres ya inician el episodio depresivo en el tercer trimestre del embarazo, mientras que un 20% desarrolla la sintomatología pasada la sexta semana del parto³.

Diferentes estudios indican que el desarrollo del bebé puede verse afectado por la enfermedad psíquica de la madre, pudiendo provocar mayor incidencia de llanto o cólicos infantiles excesivos, problemas de sueño y dificultades de temperamento^{5,6}.

A pesar de la prevalencia y de la importancia de la depresión posparto en muchos casos no es diagnosticada ni por lo tanto tratada⁶.

Hay numerosos factores que pueden influir en la aparición de DPP:

Estrés psicosocial en los últimos 6 meses. ansiedad prenatal, disforia premenstrual previa, acontecimientos vitales estresantes durante el embarazo o el posparto, apoyo social deficiente, conflicto conyugal, rasgos de personalidad extremos como una elevada inestabilidad emocional y tendencia a la preocupación, a la baja autoestima o excesivo perfeccionismo, ingresos bajos, condición de inmigrante, edad materna joven, embarazo no deseado, antecedentes de adicciones, escasos recursos sociales.^{3,4,5,7}

También se han identificado como factores de riesgo las complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto o después del mismo, principalmente en aquellos de alto riesgo, así como la satisfacción y experiencias del parto⁷.

Un estudio reciente identificó la depresión previa, la depresión y ansiedad actuales y el escaso apoyo de la pareja como factores de riesgo clave⁵.

Se encontró que las mujeres que experimentaron múltiples eventos adversos en la vida, incluido el abuso sexual infantil o el abuso sexual en la edad adulta, tenían un mayor riesgo de depresión posparto y tenían tres veces más probabilidades de tener depresión posparto en comparación con aquellas que no experimentaron ningún evento adverso en la vida^{4,7,8}.

Actualmente, el factor que ha demostrado mayor riesgo de desarrollar DPP es la historia de enfermedad previa: depresión prenatal, depresión en pospartos previos, trastorno depresivo mayor previo al embarazo, historia familiar de enfermedad previa (en especial madre o hermana)³.

Presentación del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá el anonimato de la paciente mediante la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su confidencialidad⁹.

A continuación, se expone un caso clínico recogido de manera presencial, por la matrona del centro de salud.

Sra. T.P.R., 32 años. Madre de un hijo que nació hace 7 semanas. Acude a la consulta de la matrona con su pareja y su hijo Daniel.

Su pareja nos comenta que han pedido la cita con la matrona porque ha estado con ellos en todo el proceso del embarazo y considera que es el profesional que les puede ayudar. Él nos comenta que su esposa está más desanimada y no tiene ganas de nada, "cuida a nuestro hijo sin ilusión, triste y a veces dice que no se siente capacitada para quedarse a solas con él." Ella refiere que se está dando cuenta de que ha cambiado, "no soy la misma que antes" "yo era alegre y habladora y ahora no tengo ganas de nada".

La matrona le hace una serie de preguntas para saber cómo se encuentra ella y cómo se ha adaptado a su nuevo rol de madre. Ella refiere "quiero a mi hijo, pero me siento sin fuerzas para cuidarlo y a veces no se ni como vestirlo" "soy una mala madre porque no se cuidarlo, ni consolarlo cuando llora".

Valoración de la paciente

Para realizar un adecuado plan de cuidados, se desarrolla en primer lugar una valoración completa a partir de la recogida de datos. Esta se lleva a cabo mediante los datos obtenidos durante la consulta y los datos obtenidos en las anteriores consultas durante el seguimiento del embarazo con la matrona.

Antecedentes Obstétricos: G2A1P1; Fórceps en 2021 (varón, 3500 gr).

Mediciones analíticas: valores dentro de los rangos de normalidad.

Signos vitales: tensión arterial: 110/65 mmHg; frecuencia cardíaca (FC): 75 latidos por minuto; temperatura: 36,3 °C.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No toma ninguna medicación.

Antecedentes familiares: su padre falleció por cáncer de pulmón hace 1 año.

Datos de interés: Ella misma comenta que se siente cansada y sin ánimo. "Cuando llora mi hijo me siento bloqueada no sé qué hacer", "me da miedo quedarme a solas con él".

Pruebas complementarias: en la consulta, la matrona le pasa el cuestionario *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). La versión validada en español por García-Esteve en 2003: obteniendo una puntuación de 12 puntos.

Este cuestionario se realiza para ayudar al profesional a saber manejar con mejor criterio esta alteración psicológica que padece la madre. En el caso de salir una puntuación mayor o igual a 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. En nuestro caso, ha salido una puntuación de 12 puntos, por lo tanto, se requiere la evaluación de un especialista en salud mental¹⁰.

Valoración de enfermería

Tras la recogida de datos se realiza la valoración enfermera mediante el modelo conceptual de Virginia Henderson. (Tabla I)

Plan de cuidados

A partir de la valoración se ha elaborado un Plan de Cuidados con el respectivo seguimiento/evaluación de su ejecución. Todo ello ha sido diseñado siguiendo la taxonomía estandarizada enfermera (NANDA, 11 NOC, 12 NIC13) (Tabla II)



OPOSICIONES
Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com

f t i



Depresión posparto. Importancia de la actuación de la matrona. A propósito de un caso

Tabla I. Valoración de enfermería según modelo conceptual de Virginia Henderson.

1º. Respirar normalmente. Manifestaciones (m) de independencia y m. dependencia: no se observan.
2º. Comer y beber adecuadamente. M. de independencia: realiza dieta equilibrada pero actualmente se encuentra sin mucho apetito; m. dependencia: no se observan.
3º. Eliminar por todas las vías corporales. M. de independencia y m. dependencia: no se observan.
4º. Moverse y mantener posturas adecuadas. M. de independencia: refiere no realizar ningún ejercicio físico; m. dependencia: no se observan.
5º. Dormir y descansar. M. de independencia: M. de independencia: últimamente le cuesta más conciliar el sueño; m. dependencia: no se observan.
6º. Escoger la ropa adecuada. Vestirse y desvestirse. M. de independencia: viste adecuadamente; m. dependencia: no se observan.
7º. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el ambiente. M. de independencia: temperatura corporal adecuada; m. dependencia: no se observan.
8º. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. M. de independencia: adecuada hidratación de piel y mucosas; m. dependencia: no se observan. Datos a considerar: refiere a ver descuidado su imagen porque no se encuentra con energías para arreglarse.
9º. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.
10º. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones. M. de independencia: refiere no haber expresado cómo se siente a nadie, solo a su pareja, ya que le da vergüenza.
11º. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias. M. de independencia: no se observan; m. dependencia: no se observan.
12º. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal. M. de independencia: actualmente está de baja por maternidad; m. dependencia: no se observan.
13º. Participar en actividades recreativas. M. independencia: no se observan; m. dependencia: refiere no haber visto a sus amigas desde hace tiempo, mantiene conversaciones telefónicas cortas con alguna amiga ya que le insiste en hablar con ella
14º. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles. M. de independencia: refiere que se ha dado cuenta que necesita ayuda para poder ser la que era antes y manejar esta situación.



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Tabla II. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)¹¹, NOC (Nursing Outcomes Classification)¹², NIC (Nursing Interventions Classification)¹³ y actividades realizadas.

NANDA: [00056] Deterioro parental Definición: Incapacidad del cuidador principal para crear, mantener o recuperar un entorno que promueva el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. Manifestado por: Disminución de la habilidad para manejar al niño Relacionado con: Depresión			
NOC [1409] Autocontrol de la depresión	Indicadores	Puntuación inicial/final	NIC [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo
	[140905] Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva	2/4	Actividades • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.
	[140915] Refiere cambios en los síntomas	2/4	
	[140918] Mantiene el aseo y la higiene personal	3/5	
	[140926] Participa en actividades placenteras	2/4	
NANDA [00125] Impotencia Definición: Experiencia de falta de control sobre una situación, incluyendo la percepción de que las propias acciones no afectan significativamente al resultado. Manifestado por: depresión Relacionado con: Rol de cuidador			
NOC: [1501] Desempeño del rol	Indicadores	Puntuación inicial/final	NIC: [5240] Asesoramiento
	[150115] Desempeño de las conductas del rol parental	2/5	Actividades • Establecer metas. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad. • Reforzar nuevas habilidades. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables. • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos.

Aplicada Escala Tipo Likert:

- 1: Nunca demostrado.
- 2: Raramente demostrado.
- 3: A veces demostrado.
- 4: Frecuentemente demostrado.
- 5: Siempre demostrado.

Resultados

Se habla con la paciente y se toma la decisión de hablar con su médico de familia para que este la derive a los profesionales de salud mental. Mientras y durante este proceso, la matrona se encargará de realizarle un seguimiento. Para ello se ejecutará el plan de cuidados. Se pautan unos objetivos, al igual que una serie de habilidades para que las vaya ejecutando. Cada semana realizaremos una visita presencial, para ir viendo los avances, hasta que se puedan hacer vía telefónica y cada 2 semanas, la fecha fin de seguimiento dependerá del tiempo que tarde en adquirir habilidades y destreza para desenvolverse en esta nueva etapa de su vida y tener un estado de ánimo normalizado.

Discusión

Dentro de los profesionales más adecuados para tratar la DPP, encontramos a las matronas.^{14,15} Estos profesionales están durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio, realizando un vínculo afectivo con la mujer y de esta manera puede llegar a detectar una alteración psicológica. Pudiendo, por lo tanto, alertar, asesorar y aconsejar a la mujer que pueda estar desarrollando o padeciendo una DPP.

Aparte de los signos y síntomas que manifiesta una mujer al tener un estado depresivo, también nos encontramos ante algunas manifestaciones que puede tener la mujer en el periodo puerperal relacionados con el recién nacido: 3.

La matrona, está familiarizada con esta sintomatología por lo que consideramos que es un colectivo idóneo para prevenir y tratar una DPP.

Para ello se recomienda realizar grupos pospartos en Atención Primaria que ofrecen apoyo psicoló-

gico durante el puerperio y refuercen la adquisición de los conocimientos y habilidades que ya se han trabajado en los grupos de preparación al nacimiento durante el embarazo.

Ante una DPP que requiera tratamiento o una evaluación más exhaustiva, como es este caso, la matrona puede derivar el caso al médico ya sea de atención primaria o especialista en ginecología/obstetricia.

Discussion

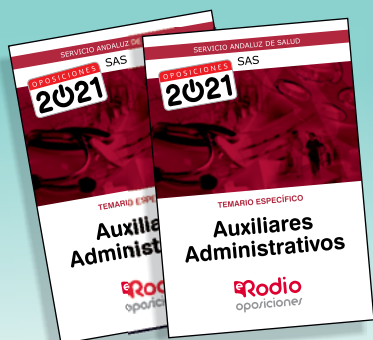
Among the most appropriate professionals to treat PPD, we find midwives.^{14,15} These professionals are throughout the process of pregnancy, childbirth and the puerperium, making an affective bond with the woman and in this way they can detect an alteration psychological. Being able, therefore, to alert, advise and advise women who may be developing or suffering from PPD.

Apart from the signs and symptoms that a woman manifests when having a depressive state, we are also faced with some manifestations that a woman may have in the puerperal period related to the newborn: 3

The midwife is familiar with this symptomatology, so we consider that it is an ideal group to prevent and treat PPD.

For this, it is recommended to carry out postpartum groups in Primary Care that offer psychological support during the puerperium and reinforce the acquisition of knowledge and skills that have already been worked on in the preparation groups for birth during pregnancy.

Faced with a PPD that requires treatment or a more thorough evaluation, as in this case, the midwife may refer the case to either a primary care physician or a specialist in OB / GYN.



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com





Depresión posparto¹⁶

Conclusión

La DPP sigue siendo actualmente un problema frecuente en el periodo puerperal de la mujer. Los profesionales sanitarios, tratan este periodo con las vulnerables emocionales que conlleva el adaptarse al nuevo rol y el inicio de la crianza. Dando por normal, algunos comportamientos en los cuales habría que indagar más. De esta manera, seguimos sin tratar un número considerable de DPP.

Es necesario realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento específico, el no realizarlo puede tener consecuencias tanto para la madre como para el hijo. Siendo la matrona, uno de los profesionales que mejor puede abordar este trastorno, ya que desde el embarazo son atendidas por este colectivo. Posteriormente, la enfermera en las plantas de puérperas y en posteriores visitas en atención primaria puede realizar una valoración para detec-

tar una posible depresión puerperal. Por lo tanto, es necesario ser conscientes desde el ámbito enfermera de la importancia que tiene manejar esta sintomatología y evitar que cada año, un número considerable de mujeres sufran esta patología y no se les ayude.

Conclusion

PPD continues to be a frequent problem in the puerperal period of women today. Health professionals treat this period with the emotionally vulnerable that adapting to the new role and the beginning of parenting entails. Assuming normal, some behaviors in which it would be necessary to investigate more. In this way, a considerable number of PPDs remain untreated.

It is necessary to carry out an early diagnosis and a specific treatment, failure to do so can have consequences for both the mother and the child. Being the midwife, one of the professionals who can best address this disorder, since from pregnancy they are cared for by this group. Subsequently, the nurse in the puerperal floors and in subsequent visits in primary care can carry out an evaluation to detect possible puerperal depression. Therefore, it is necessary to be aware from the nursing field of the importance of managing this symptomatology and avoid that each year, a considerable number of women suffer from this pathology and are not helped.

Declaración de transparencia

La autora del presente trabajo (defensora del manuscrito) asegura que su contenido es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.



OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

www.edicionesrodio.com



Fuentes de Financiación

Ninguna.

Conflicto de Intereses

No existen.

Publicación

El presente artículo no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Autorización previa para la presentación de los datos de la gestante publicados en el caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atención y actuación de enfermería frente a la depresión posparto | Marmi Camps | MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad [Internet]. [cited 2021 June 17]. Available from: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol2.num1.4/20368> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427664>
2. Guille C, Newman R, Fryml LD, Lifton CK, Epperson CN. *Management of postpartum depression* [Internet]. Vol. 58, Journal of Midwifery and Women's Health. John Wiley and Sons Inc.; 2013 [cited 2021 June 17]. p. 643–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24101986/>
3. ¿Qué es la Depresión Posparto? | Hospital Clínic Barcelona [Internet]. [cited 2021 June 17]. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/depresion-posparto/definicion>
4. Payne JL, Maguire J. *Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression* [Internet]. Vol. 52, Frontiers in Neuroendocrinology. Academic Press Inc.; 2019 [cited 2021 June 17]. p. 165–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/310514/>
5. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. *Postpartum depression* [Internet]. Vol. 200, American Journal of Obstetrics and Gynecology. NIH Public Access; 2009 [cited 2021 June 17]. p. 357–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18890/>
6. Moreno M, García B, Rodríguez AM, Rodríguez Villar AM. *Depresión posparto. Trances: Transmisión del conocimiento educativo y de la salud*, ISSN-e 1989-6247, Vol 7, No 3 (MAY-JUN), 2015, págs 499-508 [Internet]. 2015 [cited 2021 June 17];7(3):24–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6427664&info=resumen&idioma=ENG>
7. González RA, Tello VL, Salán MM, Fernández PF, Hernández V del CA del R, Díaz MNF. *Actualización en depresión posparto* [Internet]. Vol. 1, TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD. 2017 Dec [cited 2021 June 18]. Available from: <https://tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>
8. Guintivano J, Sullivan PF, Stuebe AM, Penders T, Thorp J, Rubinow DR, et al. *Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women*. Psychological Medicine [Internet]. 2018 May 1 [cited 2021 June 18];48(7):1190–200. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28950923/>
9. BOE.es - BOE-A-2018-16673 *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. [Internet]. [cited 2021 June 18]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
10. *Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgo - ISAME* [Internet]. [cited 2021 June 19]. Available from: <https://soysame.com/escala-depresion-post-parto-edinburgh/>
11. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018-2020.
12. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2018
13. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Wagner CM, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
14. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. *A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being*. Midwifery. 2013 Apr 1;29(4):389–99.
15. Dennis CL, Dowswell T. *Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression* [Internet]. Vol. 2013, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2013 [cited 2021 June 19]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23450532/>
16. *Inicio - Canva* [Internet]. [cited 2021 June 20]. Available from: <https://www.canva.com/>