

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERIO DURANTE LA PANDEMIA DE
SARSCOV-2 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

Por: Dra. Sandra Rocío Flores Venegas

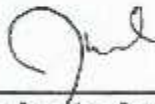
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

SUBESPECIALISTA EN MEDICINA MATERNO FETAL

Febrero 2022

**“DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERIO DURANTE LA PANDEMIA DE
SARSCOV-2 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL”**

Aprobación de la tesis:



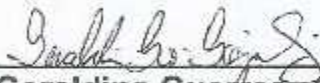
Dr. Roberto Ambriz López
Director de la tesis



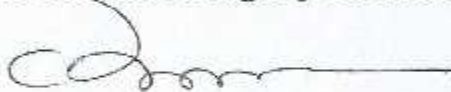
Dr. Juan Antonio Soria López
Co-Investigador
Profesor del Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. Med. Abel Guzmán López
Jefe del Departamento de Obstetricia



Dr. Sci. Geraldina Guerrero González
Coordinadora de Investigación
Departamento de Ginecología y Obstetricia



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Autónoma de Nuevo León y al Hospital Universitario por permitirme realizar mi posgrado, dándome las herramientas necesarias para lograrlo. Agradezco a mis asesores y colaboradores que me guiaron para que este proyecto pudiera realizarse: Dr. Roberto Ambriz, Dra. Geraldina Guerrero, Dr. Adrian Kawas, Dr. Luis Álvarez, Dr. Carlos De la Cruz y Dr. Humberto de León.

A las pacientes les agradezco su entereza y la apertura personal para expresarme sus pensamientos, sentimientos y miedos; las admiro mucho, les reconozco su valentía por experimentar una maternidad llena de retos durante esta pandemia. Espero haber contribuido para bien en su salud.

A mi familia le dedico este nuevo escalón profesional, su apoyo incondicional durante tantos años, a través de la distancia y de las dificultades, siempre estuvieron presentes conmigo. A mi hija María Aurora y a mi esposo Ramón Porras quienes siempre me impulsan a ser mejor persona.

Gracias Dios por dotarme de los medios necesarios para alcanzar mis metas, por las bendiciones recibidas en mi familia y por las nuevas amistades cosechadas en esta parte de mi camino.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESUMEN.	1
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.	3
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS.	16
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS.	17
Capítulo V	
5. MATERIAL Y MÉTODO.	18
Capítulo VI	
6. RESULTADOS.	25
Capítulo VII	
7. DISCUSIÓN.	38
Capítulo VIII	
8. CONCLUSIONES.	41
Capítulo IX	
9. ANEXOS.	43
9.1 Escala de Depresión Postparto de Edimburgo.	45
Capítulo X	
10. BIBLIOGRAFÍA.	46
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.	49

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Tabla 1. Variable dependiente.....	19
2. Tabla 2. Variables independientes.....	20
3. Tabla 3. Variables control.....	22
4. Tabla 4. Características sociodemográficas.....	26
5. Tabla 5. Edad materna y características físicas.....	27
6. Tabla 6. Escolaridad y puntaje de Escala de Edimburgo.....	28
7. Tabla 7. Estado civil y puntaje de Escala de Edimburgo.....	28
8. Tabla 8. Puntaje en Escala de Edimburgo por grupo.....	29
9. Tabla 9. Comparativa estadística de grupos.....	30
10. Tabla 10. Prueba de muestras independientes	30
11. Tabla 11. Depresión postparto y antecedente de enfermedad por COVID-19.....	31
12. Tabla 12. Trimestre de gestación de diagnóstico de COVID-19.....	32
13. Tabla 13. Embarazo planeado.....	32
14. Tabla 14. Nacimiento estresante.....	33
15. Tabla 15. Comparativa de nacimiento estresante y puntaje de escala de Edimburgo...	33
16. Tabla 16. Comparativa de sexo del recién nacido.....	34
17. Tabla 17 Sexo del recién nacido esperado por la paciente	34
18. Tabla 18. Lactancia materna actual.....	35
19. Tabla 19. Lactancia materna previa.....	36
20. Tabla 20. Antecedente de enfermedad psiquiátrica previa (Ansiedad y Depresión)....	36

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Gráfica 1. Composición de la población.....	25
2. Diagrama 1. Interconsultas a Psiquiatría.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

SARSCOV-2: Síndrome Respiratorio Agudo Grave inducido por Coronavirus tipo 2

COVID-19: Enfermedad respiratoria producida por Coronavirus-19

PCR: Reacción en cadena de polimerasa

SDG: Semanas de gestación

DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición

T3: Triyodotironina

T4: Tetrayodotironina

TSH: Hormona estimulante de Tiroides

CRH: Hormona corticotropina

GABA: Ácido gamma amino butírico

IMC: Índice de masa corporal

HAEMA: Hospital de Alta Especialidad y Medicina Avanzada

CAPITULO I

RESUMEN

Introducción: El embarazo y el postparto representan un periodo de cambio y adaptación fisiológica de aparatos y sistemas en la mujer. La situación de pandemia puede afectar la esfera mental de las pacientes.

Objetivo: Valorar el impacto psicológico de la emergencia sanitaria por COVID-19 para desarrollar depresión postparto al término de una gestación.

Pacientes y métodos: Se realizó un análisis longitudinal, prospectivo, incluyendo a pacientes atendidas al momento del desenlace obstétrico (parto o cesárea) en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey, Nuevo León, de febrero a mayo 2021 al momento del puerperio inmediato (24-48 h posteriores al nacimiento) con la aplicación de la Escala de Edimburgo.

Objetivo General: Detectar el aumento en la incidencia de depresión postparto durante la contingencia actual por COVID-19.

Resultados: Se reclutaron en total 116 pacientes, de las cuales 56 fueron positivas a COVID-19 durante el embarazo y 60 pacientes sin antecedente de enfermedad.

Se calculó una incidencia de depresión postparto del 15% tomando en cuenta puntuación de la Escala de Edimburgo igual o mayor a 10 puntos. El antecedente de padecer enfermedad por COVID-19 durante el embarazo agregó 2 puntos positivos

al Cuestionario de Edimburgo, aunque no resultó ser un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto. Se observó un grado mayor de preparación académica en pacientes que contestaron con puntaje mayor a 10 en la escala de depresión postparto; el sexo masculino del recién mostró mayor frecuencia en las pacientes con más de 10 puntos; ambos sexos se encontraron en porcentajes similares en ambos grupos

Conclusiones: La emergencia sanitaria actual por COVID-19 y el antecedente de padecer enfermedad por SARSCOV-2 no demostraron ser factores de riesgo para desarrollar depresión postparto. El mayor grado de preparación académica y el nacimiento de un varón se asoció a mayor puntaje en escala de Edimburgo.

Palabras clave: Depresión postparto, depresión perinatal, SARS-COV2, COVID-19, Escala de Edimburgo.

CAPITULO II

INTRODUCCION

El embarazo y el postparto representan un periodo de cambio y adaptación fisiológica de aparatos y sistemas en la mujer; en el cual suceden también ajustes a nivel emocional añadiéndose los cambios en la vigilia y el sueño. La mujer se vuelve indispensable para la supervivencia del recién nacido atendiendo las necesidades primarias de éste, reconociendo patrones de llanto, incomodidad, plenitud y sueño del lactante; ello sin descuidar la salud de ella misma (tanto física y mental), quedando vulnerable a cambios de ánimo, generando desde grados de depresión leve hasta psicosis postparto descritos en la literatura médica. El riesgo de padecer depresión en el postparto es el doble comparativamente con cualquier otra etapa de la vida. (1) Los factores de riesgo asociados son el estrés (experimentar un embarazo y nacimiento asociado a complicaciones maternas o fetales), historia previa de psicopatologías o problemas de pareja y falta de apoyo social. (2)

La depresión postparto se manifiesta como un conjunto de síntomas en la madre durante el puerperio. Aproximadamente 85% de las mujeres muestran algún tipo de alteración del estado de ánimo durante este periodo: algunas presentan síntomas transitorios y leves, cerca del 8 y 25% de las mujeres experimentan algún tipo de trastorno incapacitante y persistente. En este último grupo, permanecen sin diagnosticar el 50% de los casos. Existen reportes sobre infanticidio por parte de mujeres con enfermedad psiquiátrica en el posparto, lo que denota la importancia de

diagnosticar y tratar estos trastornos. Su detección precoz es limitada por cuanto no se busca atención, ni se realiza tamizaje de rutina. (3)

El diagnóstico de depresión según el DSM-V se define por la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas, los cuales deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas:

Síntomas principales: (>/= 1 requerido para el diagnóstico)

- Ánimo depresivo la mayor parte del tiempo, casi todos los días por dos semanas y/o
- Pérdida de interés en, o de la capacidad de gozar de actividades que la persona habitualmente disfruta.

Otros síntomas adicionales que pueden presentarse son:

- Fatiga o falta de energía.
- Sentimientos de culpa o minusvalía.
- Inquietud o sensación de enlentecimiento.
- Dificultades para concentrarse.
- Alteraciones del sueño.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

En el año 2013, el término “postparto” se modificó por “periparto” por la observación de que el 50% de los episodios de depresión postparto debutan durante el curso del embarazo, por lo que da continuidad a los trastornos de ánimo perinatales, haciendo referencia al desarrollo del trastorno durante la gestación, alrededor del nacimiento y 4 semanas posteriores al parto. (4)

Los trastornos depresivos se asocian con pérdida sustancial de calidad de vida de los pacientes y sus familiares, aumenta las tasas de mortalidad y eleva los niveles de uso de los servicios de salud, aumentando los costos económicos de los servicios médicos. (5)

En el contexto actual de emergencia sanitaria mundial por COVID-19 se han realizado estudios sobre grupos sociales afectados (trabajadores de salud, estudiantes universitarios, mujeres embarazadas), los cuales tienen síntomas relacionados a estrés postraumático debido al fenómeno social actual (confinamiento, uso de tecnología de redes sociales para contactar a familiares, jornadas laborales extenuantes en trabajadores de salud) encontrándose entre los más frecuentes: trastornos del sueño, ansiedad y depresión (6, 7,8)

En el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” se han realizado estudios para conocer la incidencia de depresión postparto en la población durante el año 2013, con una muestra de 358 pacientes encontrando un 12% de ellas con test positivo para depresión (con uso de la Escala de Depresión de Edimburgo); (9)

Para el propósito de este estudio se abordó la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el efecto de la emergencia sanitaria actual por COVID-19 en el desarrollo de depresión postparto?

La depresión postparto encamina consecuencias negativas para las mujeres, deteriorando su nivel de salud, calidad de vida, relaciones personales, así como el desarrollo del infante, que presenta un mayor riesgo de trastornos afectivos e incompetencia social, problemas de conducta y somáticos, problemas de atención, dificultades en el aprendizaje y desarrollo cognitivo. (1)

La búsqueda intencionada de pacientes susceptibles se justifica para evitar las secuelas en el binomio madre-hijo; haciendo comparación con la casuística previa reportada en nuestro entorno (Hospital de tercer nivel) previo a la emergencia sanitaria por COVID-19.

PREVALENCIA

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica a nivel mundial, es también una de las más importantes causas de incapacidad y de alta probabilidad de generar el suicidio (10).

Es difícil determinar la prevalencia real de la depresión postparto, los resultados de los estudios varían según la población analizada y los métodos empleados para su análisis. Se calcula una prevalencia tres veces más alta en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados, siendo más frecuente en las mujeres de nivel socioeconómico bajo (11).

Dependiendo de los autores la frecuencia de la depresión postparto varía a nivel mundial, fluctuando entre un 10 a 20% o de un 10 a 15% según otros; con un rango entre 30 a 200 casos por cada 1,000 nacimientos y con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% (11).

En México, el Instituto Nacional de Perinatología, reportó una prevalencia de depresión posparto del 21.7% en el año 2001. En clínicas de primer nivel de atención

no se cuenta con datos estadísticos, lo que provoca que este trastorno sea infradiagnosticado, que su incidencia sea subestimada y que muchas de estas pacientes pasen desapercibidas (10).

ETIOLOGIA

Numerosos factores causales que se han planteado a lo largo de diversas investigaciones, sin embargo, no se ha encontrado alguno cuya contribución específica y patognomónica se haya demostrado claramente (12).

En la interpretación de los estudios de factores etiológicos de la enfermedad psiquiátrica, es importante recordar que es de origen multifactorial. Estudios genéticos y biológicos de los trastornos del estado de ánimo indican que son enfermedades complejas, e incluso si un individuo tiene una vulnerabilidad genética o predisposición a desarrollar depresión, deben coexistir factores experienciales y ambientales que interactúen para causar la enfermedad. Por lo tanto, es probable que varios de estos factores jueguen un papel en el desarrollo de la depresión postparto (13).

Algunas mujeres son sensibles a los cambios hormonales durante los eventos de la vida reproductiva. La caída de los niveles hormonales después del nacimiento puede ser determinante; se ha reportado una asociación entre los niveles de cortisol y síntomas depresivos en el postparto (14).

El período de posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante, resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con el alumbramiento placentario durante el nacimiento, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera

abrupta, alcanzando niveles previos al embarazo entre el tercer y quinto día del posparto (13,15).

Una hipótesis relaciona los síntomas con la supresión hormonal abrupta. Durante el puerperio existen bajos niveles de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnenolona. Este bajo nivel se ha asociado con síntomas depresivos, debido a la afinidad de estas sustancias por los receptores GABA, generando efectos ansiolíticos y anestésicos (3).

El estradiol y el estriol son formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1,000 veces, respectivamente. El estriol sintetizado resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Se ha demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación (3).

Los niveles de beta-endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo; alcanzando su pico máximo cerca del término del embarazo para declinar en el posparto. Niveles elevados de estrógenos en la gestación estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), provocando un descenso simultáneo de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres (3).

Los niveles de cortisol alcanzan su pico máximo al final del embarazo por la producción placentaria de corticotropina (CRH), niveles que descienden bruscamente en el momento del parto. Autores sugieren que este declive provoca supresión en la

glándula suprarrenal, pudiendo ser demasiado sostenido y grave, contribuyendo a los cambios en el estado de ánimo (3).

Hormonas hipofisiarias. Los niveles de prolactina alcanzan hasta 140 ng/ml al final del embarazo (con un pico máximo al nacimiento), descendiendo a las tres semanas posteriores al parto. Se ha apuntado que la prolactina juega un papel en esta entidad al observar a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, encontrando una relación con estados de hiperprolactinemia patológica (3).

También se encuentran reportes que señalan la reducción plasmática de triptófano durante el quinto y el sexto día posparto (3). Los neurotransmisores deben sintetizarse en los cuerpos celulares, ya que si se administran por vía endovenosa no atraviesan la barrera hematoencefálica. Es indispensable la producción endógena de neurotransmisores con los aminoácidos esenciales para su formación; así, por ejemplo, para que se produzca dopamina y norepinefrina debe haber tirosina y fenilalanina, de la misma manera para que se produzca la serotonina, triptófano (16). La reducción plasmática de triptófano persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas (3).

En la depresión se han encontrado niveles bajos de los neurotransmisores dopamina, norepinefrina y serotonina; cada uno de éstos por sí solo puede ocasionar síntomas depresivos, pero también se ha verificado que pueden estar los tres disminuidos. Esta escasez puede producirse por los siguientes tres mecanismos:

- ❖ Déficit en la síntesis: Personas con desnutrición o con una dieta desbalanceada.

- ❖ Bloqueo en producción de neurotransmisores: como ejemplo el alfa-metil dopa que evita los niveles adecuados de dopamina y norepinefrina, aunque existan suficientes precursores.
- ❖ Bloqueo de la liberación: Como ocurre cuando se administra un antagonista del calcio como es el nifedipino o verapamil (16)

Otra hipótesis se fundamenta en la activación del sistema biológico mamífero que relaciona a la madre con su hijo, regulado por la oxitocina. Fisiológicamente, la oxitocina colabora con la conducta de apego entre madre e hijo. Sin embargo, ante la presencia de tensión emocional y pobre apoyo social, puede relacionarse con síntomas depresivos y ansiosos, en especial en mujeres más sensibles al estrés psicosocial (3)

FACTORES DE RIESGO

Factores biológicos. La rápida disminución de los niveles de hormonas reproductivas que sucede en el postparto se ha propuesto como una posible etiología de los trastornos afectivos. Después del nacimiento, los niveles de progesterona y estrógenos caen rápidamente, regresando a los niveles previos al embarazo posterior al quinto día del puerperio. Cuando el estrógeno cae después del parto, la prolactina ha aumentado y la lactancia se inicia. La succión del pezón por el recién nacido estimula la secreción de oxitocina. La variación cíclica normal de andrógenos está ausente durante el embarazo y la lactancia. Los corticoesteroides plasmáticos alcanzan un pico durante el parto y disminuyen significativamente en cuestión de horas después del parto. La función tiroidea vuelve a los niveles previos del embarazo en cuatro semanas después del parto aproximadamente. Harris demostró una

asociación menor de la depresión postparto y la disfunción tiroidea en mujeres positivas de anticuerpos de tiroides. (13).

Factores obstétricos. Incluyen complicaciones como preeclampsia, hiperémesis gravídica, amenaza de parto pretérmino, así como las relacionadas con las complicaciones durante el parto tales como: cesárea de emergencia, parto instrumentado, y hemorragia obstétrica. Se ha descrito también como factor de riesgo el embarazo no deseado, el embarazo no planeado y el no amamantar. (13).

Factores clínicos. Se atribuye la relación de síntomas psiquiátricos previos a la gestación o el parto, historia familiar de patología psiquiátrica, antecedente de depresión en la paciente, trastornos del estado de ánimo durante el embarazo y ansiedad prenatal. (13).

Factores sociales. Experiencias como la muerte de un ser querido, ruptura de relaciones o divorcio, la pérdida de un trabajo o una mudanza pueden causar estrés y desencadenar episodios depresivos en individuos sin antecedentes de trastorno afectivo. El embarazo y el nacimiento son a menudo considerados como eventos estresantes de la vida por sí mismos, añadir el estrés de estos eventos pueden llevar a la depresión (13).

Apoyo social. Recibir el apoyo social a través de amigos y familiares en momentos de estrés se cree que es un factor protector contra la depresión en desarrollo. Se ha evaluado el papel del apoyo social en la reducción de la depresión postparto. En el aspecto psicosocial de la maternidad, con la carga adicional de cuidado de niños, la relación entre amistades a menudo sufre, y hay menos tiempo para socializar. La relación marital conflictiva también es factor de riesgo (13).

Nivel socioeconómico. Indicadores socioeconómicos de privación como el desempleo, los bajos ingresos y bajo nivel de estudios han sido citados como factores de riesgo en los trastornos de salud mental (13).

Factores relacionados con el recién nacido. El recién nacido con cuidados más demandantes es un factor estresante y se asoció con mayores niveles de sintomatología depresiva; experimentar un nacimiento difícil o un bebé con complicaciones neonatales se asoció con un diagnóstico de depresión posparto (13).

Sexo del recién nacido. En las sociedades occidentales no se ha encontrado asociación entre el sexo del recién nacido y depresión postparto. Sin embargo, estudios evidencian que en India y China la decepción del cónyuge por el sexo del recién nacido (especialmente si es una niña) se asocia significativamente con el desarrollo de depresión postparto (13).

La depresión postparto puede considerarse como el resultado de un proceso que se produce durante el puerperio, donde la mujer se encuentra con un organismo debilitado, debido al cansancio y al reajuste fisiológico posterior, con cambios hormonales que quizá faciliten la inestabilidad emocional. Por ello, destacan el papel de las consecuencias que se deriven de la conducta del cuidado del hijo. La madre, tras el parto, presenta una demanda de actividad que incrementa el estado de fatiga, patrones de sueño alterados, con un estado de alerta constante para cuidar al bebé; además se ve influida por factores fisiológicos importantes que también modulan su comportamiento (13).

ESTUDIOS SIMILARES

En Turquía en abril 2020 se reportó una prevalencia del 35.2% de pacientes con positividad a Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (puntuación mayor a 13),

lo que contrasta con lo reportado previo al establecimiento de la crisis sanitaria por COVID-19 a nivel global (reportando la OMS la afectación de 1 de cada 6 mujeres a nivel mundial con depresión postparto, variando esta prevalencia hasta un 15% en países en vías de desarrollo) (6,17)

En el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” se reportó una prevalencia de 12% en una muestra de 358 pacientes valoradas a las 4 semanas postparto en el año 2013; utilizando la Escala de Edimburgo para tamizaje de depresión postparto. (9)

El impacto psicológico al término de una gestación durante la emergencia sanitaria actual ha sido reportado en estudios que varían en diseño, adaptándose a las restricciones sociales de confinamiento, con uso de plataformas en internet. Por medio de este estudio se realizó un tamizaje para depresión posparto y del resultado se busca elaborar una comparativa de la incidencia reportada previa y observar el efecto agregado de la pandemia actual sobre el estado psicológico de la paciente en el puerperio inmediato.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios realizados en nuestro medio previos a la emergencia sanitaria reportan un tamizaje positivo para Depresión Postparto por medio de la Escala de Edimburgo; se busca explorar la esfera mental de las pacientes durante la contingencia actual para determinar si el estado de pandemia por SARS-COV 2 influye en la prevalencia. Posteriormente a consecuencia de este proyecto, la meta es generar a futuro

estrategias de atención para dirigir las a la población susceptible de desarrollar este trastorno.

JUSTIFICACIÓN

Las epidemias son emergencias sanitarias que ponen en riesgo la vida de las personas, colocando a prueba los servicios sanitarios, provocando cantidades significativas de enfermos y muertos (durante la emergencia y posterior a ésta); los recursos de salud locales se sobrecargan, dejando de lado la salud mental de las personas sobrevivientes, convalecientes y sus familiares. Ante estos eventos catastróficos es necesario también atender la aflicción y las consecuencias psicológicas debido a que una crisis como la pandemia actual implica una perturbación psicosocial que exacerba la capacidad de manejo de la población afectada.

Puede afirmarse que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida, existiendo vulnerabilidad de ciertos individuos, entre ellos las mujeres en periodo gestante y en puerperio. Se estima un incremento de la incidencia de trastornos psiquiátricos.

No todos los problemas psicológicos y sociales se podrán calificar como enfermedades, la mayoría serán reacciones atribuidas a una situación anormal; entre los más frecuentes pueden mencionarse episodios depresivos, reacciones de estrés agudo transitorio, conductas violentas, consumo excesivo de alcohol y depresión.

Algunos podrán manifestarse de manera temprana y otras en diferido. Por lo que estas alteraciones de la salud mental deben detectarse y atenderse.

CAPITULO III

HIPOTESIS

Hipótesis alternativa:

Existe mayor incidencia de depresión postparto como efecto secundario de la pandemia por SARS-COV2.

Hipótesis nula:

No existe un efecto de la pandemia por SARS-COV2 sobre el desarrollo de depresión postparto en pacientes.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

GENERAL

Valorar la influencia de la contingencia actual por COVID-19 en el aumento en la incidencia de depresión postparto.

ESPECIFICOS

1. Comparar la positividad del tamizaje de depresión posparto entre pacientes con prueba de PCR positiva a SARSCOV-2 y pacientes sin enfermedad.
2. Detectar factores psicosociales para el desarrollo de depresión postparto.
3. Descripción de características sociodemográficas de nuestra población y determinar su asociación con depresión postparto.

CAPITULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un análisis longitudinal, prospectivo, incluyendo a pacientes atendidas al momento del desenlace obstétrico (parto o cesárea) en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” en Monterrey, Nuevo León, durante el periodo de febrero 2021 a mayo 2021 al momento del puerperio inmediato (24-48 h posteriores al nacimiento) con la aplicación de un cuestionario escrito con la Escala de Edimburgo.

Se incluyeron todas las pacientes en puerperio inmediato (atendidas por parto y cesárea) incluyendo a las pacientes con embarazo normal y aquéllas con antecedente positivo de enfermedad COVID-19 cotejado con resultado emitido por laboratorio consignado en expediente o diagnosticadas con la enfermedad durante hospitalización en Unidad HAEMA (Hospital de Alta Especialidad y Medicina Avanzada) contigua al Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”)

Se registraron datos personales, edad, estado civil, escolaridad, número de gesta, número de consultas prenatales, vía de nacimiento, semanas de gestación, embarazo planeado, antecedente de depresión, sexo del recién nacido, sexo fetal esperado, inicio de lactancia (antecedente de lactancia en los anteriores nacimientos).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo está diseñada con 10 preguntas con respuestas de opción múltiple ponderada en puntos del 0-3 en escala de Likert según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se calificaron en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0). Se sumaron todos los

puntos para dar un total. El resultado de 10 o más puntos muestra la probabilidad de una depresión, aunque no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. Una puntuación de 13 se considera positiva para depresión. Esta herramienta de tamizaje no sustituye la valoración médica-clínica. Al momento de obtener una puntuación de 10 o más, se informó a la paciente sobre su resultado, solicitando una valoración por servicio de psiquiatría previo a su egreso hospitalario.

TAMAÑO MUESTRAL

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra por medio de una fórmula de estimación de una proporción en una población finita, considerando un total de 3602 nacimientos de enero a octubre del año 2020 y una incidencia de depresión postparto del 24% (el doble de la incidencia ya reportada en nuestra institución en el año 2013: 12%) durante el periodo de la pandemia por COVID-19, una precisión del 5%, un poder de 80% y un nivel de significancia a dos colas de 0.05, se requieren al menos 112 pacientes en el estudio.

VARIABLES A ESTUDIAR (Tablas 1,2 y 3):

Tabla 1. Variable Dependiente:

Variable	Definición	Indicadores	Tipo de variable y escala de medición
Depresión postparto	Episodio depresivo no psicótico que se manifiesta durante	1. Depresión postparto	Cualitativas nominales

	embarazo, parto y puerperio; diagnosticado mediante la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo	2. No Depresión postparto	
--	--	---------------------------	--

Tabla 2. Variables Independientes:

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable y escala de medición
Enfermedad por SARS-COV2	Paciente con síntomas de tos, fiebre y cefalea durante los últimos 7 días, agregándose: <ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Artralgias • Mialgias • Odinofagia/Ardor faríngeo • Rinorrea • Conjuntivitis • Dolor torácico. Anosmia.	1. Positivo asintomático (sin enfermedad COVID-19 pero con prueba de laboratorio PCR positiva) 2. Positivo sintomático A) Enfermedad leve B) Enfermedad moderada C) Enfermedad grave	Cualitativa nominal

Obesidad	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Clasificación por índice de masa corporal (IMC = kg/m ²): <ol style="list-style-type: none"> 1. <18 (bajo peso) 2. Entre 18 y 24.9 (Normal) 3. Entre 25 y 29.9 (Sobrepeso) 4. Entre 30 y 34.9 (Obesidad Grado I) 5. Entre 35 y 39.9 (Obesidad Grado II) Igual o mayor a 40 (Obesidad Grado III o Mórbida)	Cualitativa nominal
Tipo de parto	Vía de nacimiento y/o necesidad de maniobras instrumentadas para lograr el nacimiento.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto instrumentado (uso de fórceps) 2. Parto vaginal eutócico 3. Cesárea programada 4. Cesárea urgente 	Cualitativa nominal
Lactancia materna	Alimentación del recién nacido con la	Embarazo actual: <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa nominal

	leche secretada por la madre.	Embarazos anteriores: a) Si b) No	
Antecedente de depresión	Antecedente de trastorno de disregulación disruptiva del estado de ánimo.	Depresión: 1. Si 2. No	Cualitativa nominal
Embarazo no planeado	Embarazo producido sin la planeación previa o ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos.	1. Si 2. No	Cualitativa nominal
Sexo esperado del recién nacido	Coincidencia del sexo del recién nacido con el deseado por la madre o el padre.	1. Si 2. No	Cualitativa nominal

Tabla 3. Variables control:

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable y escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Años cumplidos	Cuantitativa discontinua

Peso	Peso de la paciente medido en kilogramos	Kilogramos	De razón
Talla	Altura de la paciente medido en metros	Metros	De razón
Semanas de gestación	Tiempo de embarazo expresado en semanas transcurrido desde la concepción hasta el momento del nacimiento	Semanas	Cuantitativa discontinua
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos de pareja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Unión Libre 4. Otro 	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel máximo de estudios alcanzado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saben leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Preparatoria 6. Profesional 	Cualitativa ordinal
Paridad	Número de embarazos terminados (partos, cesáreas, abortos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parto 2. Cesárea 3. Aborto 	Cuantitativa nominal

Análisis estadístico:

En la estadística descriptiva se reportaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y dispersión (media/mediana; desviación estándar/rango intercuartil), previa valoración de la distribución de las variables por medio de la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Se compararon variables categóricas por medio de la prueba de Chi cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas se compararon grupos por medio de la prueba de T-student y/o U de Mann Whitney para grupos independientes.

Se consideró un valor de $P < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95% como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Se incluyeron 116 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de estudio, de las cuales 56 resultaron positivas a COVID-19 durante el embarazo y 60 pacientes sin antecedente de enfermedad (Gráfica 1).

Se calculó una prevalencia de tamizaje positivo a depresión postparto en un 15% (tomando punto de corte 10 o más puntos en Escala de Edimburgo).

Gráfica 1. Composición de la población.

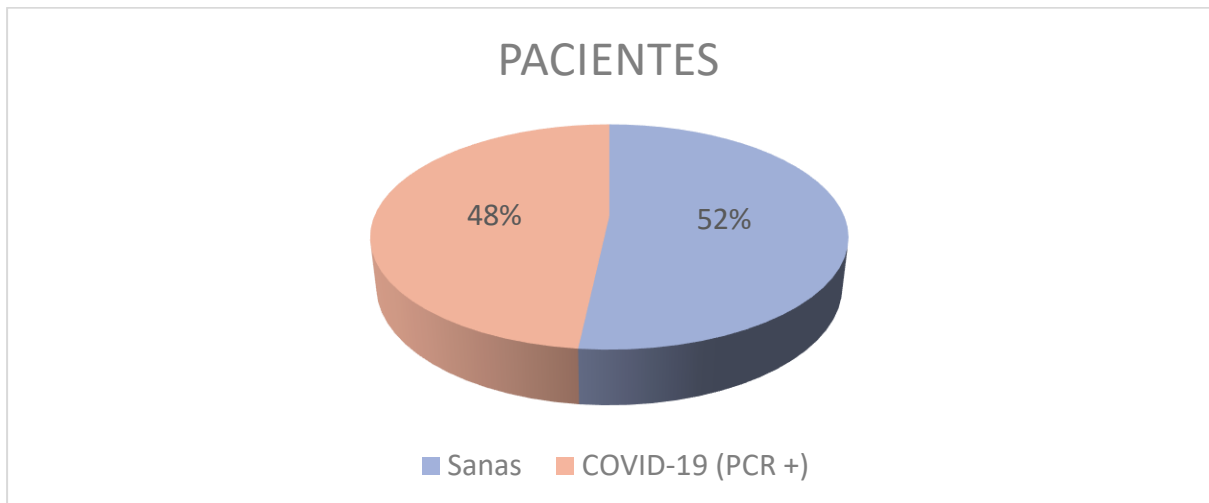


Tabla 4. Características Sociodemográficas Generales

Grupos		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Pacientes sin antecedente de COVID-19	Puntos de Edimburgo	60	0	14	4.42	3.590
	Edad	60	17	39	25.65	6.656
	Peso materno (Kg)	60	53.0000	115.0000	72.703333	12.4207449
	Talla materna (m)	60	1.42	1.78	1.5772	0.07110
	IMC (kg/m ²)	60	22.3	42.6	29.252	4.6347
	Semanas de gestación	60	30.6000	42.0000	38.731667	1.8637025
	Número de gesta	60	1	7	2.85	1.436
	Partos	21	1	4	2.33	0.966
	Cesáreas	29	1	3	1.45	0.572
	Abortos	11	1	4	1.73	1.104
	Consultas de Control prenatal	60	0	15	6.13	3.011
	Pacientes con antecedente COVID-19 Positivo	Puntos de Edimburgo	56	0	26	6.13
Edad		56	17	43	26.96	6.373
Peso materno (Kg)		56	52.6000	150.0000	79.167857	18.2432165
Talla materna (m)		56	1.45	1.78	1.5782	0.06918
IMC (kg/m ²)		56	20.2	66.7	31.809	7.4673
Semanas de gestación		56	29.0000	41.5000	37.803571	2.5042483
Número de gesta		56	1	11	2.75	1.761
Partos		21	1	8	2.14	1.590
Cesáreas		20	1	2	1.50	0.513
Abortos		17	1	4	1.35	0.786
Consultas de Control prenatal		56	2	25	7.41	3.499

En la Tabla 4 se observa que ambos grupos tuvieron características similares, en cuanto a edad, índice de masa corporal, y semanas de gestación.

Existieron diferencias en las variables:

- Puntaje de Cuestionario de Edimburgo (el grupo con antecedente de COVID-19 tuvo 2 puntos más que las pacientes sanas)
- Consultas de control prenatal: tuvo mayor número de consultas el grupo de antecedente de COVID-19, media de 7 consultas versus 6)

Edad materna y características físicas.

La edad de las pacientes abarcó desde los 17 a 43 años con una media de 26 años, predominando el grupo de 20-29 años en pacientes sanas y con antecedente de COVID-19 (Tabla 5). El índice de masa corporal en promedio registrado fue de obesidad de segundo grado.

Tabla 5. Edad materna y características físicas

VARIABLES:	Pacientes sin antecedente de COVID-19	Pacientes con antecedente COVID-19 Positivo	Total
Edad	17-39 años (26)	17-43 años (27)	26.2 ± 6.5
Peso	53-115 kg (73)	53-150 kg (79)	76 ± 16
Talla	1.42 – 1.78 (1.57)	1.47 – 1.78 (1.58)	1.56 ± 0.06
IMC	22.3- 43 (29.2)	20 – 67 (32)	30.4 ± 6.2

Escolaridad y Estado civil

La muestra de pacientes se conformó con educación básica (primaria y secundaria) en mayor porcentaje (65.5%), y educación superior en 34% (Tabla 6). Las pacientes con puntaje mayor a 10 se encontraron en los grupos de secundaria y preparatoria.

Tabla 6. Escolaridad y puntaje de escala de Edimburgo.

Escolaridad	Pacientes sin antecedente COVID-19	Paciente con antecedente de COVID-19 Positivo	Puntaje de Edimburgo igual o >10	Total
Primaria	12 (20%)	4 (7.1%)	0	16
Secundaria	34 (56%)	26 (46.4%)	8	60
Preparatoria	13 (21%)	17 (30.4%)	7	30
Licenciatura	1 (1.7%)	9 (16%)	2	10
Total	60	56	17	116

En cuanto al estado civil (Tabla 7), el grupo mayoritario fue el de unión libre con 63 pacientes (54%). Las pacientes con pareja al momento del nacimiento se reportaron con un puntaje de Edimburgo mayor a 10 puntos en un 11%, mientras que las pacientes solteras tuvieron un puntaje mayor a 10 en un 3.4%.

Tabla 7. Estado civil y puntaje de escala de Edimburgo

Estado Civil	Sin antecedente COVID-19	Con antecedente COVID-19 positivo	Puntaje de Edimburgo igual o >10	Total
Soltera	11 (18.3%)	15 (27%)	4	26
Unión libre	35 (58.3%)	28 (50%)	9	63
Casada	10 (16.7%)	12 (21.4%)	4	22
Divorciada	2 (3.3%)	1 (2%)	0	3
Separada	2 (3.3%)	0	0	2
Total	60	56	17	116

Puntaje en Escala de Edimburgo por grupo

El número de pacientes con puntaje en Escala de Edimburgo mayor a 10 fue de 7 pacientes en el grupo de pacientes sanas, en el grupo con antecedente de COVID-19 fue de 10 (Tabla 8).

Tabla 8. Puntaje en Escala de Edimburgo por grupo

Variable	n=116	Edimburgo menor de 10 puntos	Edimburgo igual o mayor de 10 puntos
Pacientes sin antecedente de COVID-19	60 (52%)	53 (46%)	7 (6%)
Pacientes con antecedente de COVID-19	56 (48%)	46 (40%)	10 (9%)

La influencia de haber padecido COVID-19 durante el embarazo fue significativa al contestar el cuestionario de Edimburgo, debido a que este grupo de pacientes tuvo 2 puntos más que las pacientes sanas en el puntaje total (lo que puede acercarnos a un tamizaje positivo igual o mayor a 10 puntos) (Tablas 9 y 10).

Tabla 9. Comparativa estadística de grupos.

Comparativa COVID-19		N	Media	Desviación típ.	Error típ de la media
Puntos	Pacientes sanas	60	4.42	3.590	0.464
	Pacientes con antecedente COVID-19 (+)	56	6.13	5.202	0.695

Tabla 10. Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
PUNTOS	Se han asumido varianzas iguales	1.857	0.176	-2.070	114	0.041	-1.708	0.825	-3.343	-0.074
	No se han asumido varianzas iguales			-2.045	96.925	0.044	-1.708	0.835	--3.367	-0.050

En las tablas 9 y 10 se observa una diferencia de medias de 6.13 puntos en pacientes con antecedente de COVID-19 y 4.42 puntos en pacientes sanas, con un valor estadísticamente significativo de $p=0.041$ (IC 95%).

Depresión postparto y antecedente de enfermedad por COVID-19

De las 56 pacientes positivas a COVID-19, la mayoría cursó con enfermedad leve y moderada (87%), de las cuales 10 pacientes tuvieron un puntaje mayor a 10 puntos (Tabla 11). La paciente con antecedente de enfermedad severa tuvo una puntuación menor a 10.

Tabla 11. Depresión postparto y antecedente de enfermedad por COVID-19

Variable: COVID-19 Positivo	Pacientes	Puntaje de Edimburgo >10	Puntos de Edimburgo
Asintomática	6 (11%)	1	3-11 (\bar{X} 7)
Enfermedad leve	27 (48%)	5	2-26 (\bar{X} 17)
Enfermedad moderada	22 (39%)	4	1-18 (\bar{X} 6)
Enfermedad Severa	1 (2%)	0	7
Total	56	10	

Trimestre de gestación de diagnóstico de COVID-19

El diagnóstico de COVID-19 durante el embarazo tuvo mayor frecuencia en el tercer trimestre de gestación, seguido de pacientes en el primer trimestre de embarazo; ambos grupos tuvieron 4 pacientes con puntaje mayor a 10 en la Escala de Depresión postparto (Tabla 12).

Tabla 12. Trimestre de gestación de diagnóstico de COVID-19

Variable: Trimestre de gestación	Pacientes con diagnóstico de COVID-19	Puntaje de Edimburgo igual o >10
Primer trimestre	21	4
Segundo trimestre	6	2
Tercer trimestre	27	4
Puerperio	2	0
Total	56	10

Embarazo planeado

Ambos grupos mostraron frecuencias y porcentajes equitativos. No se observaron diferencias significativas en esta variable (Tabla 13).

Tabla 13. Embarazo planeado

Variable: Embarazo planeado		Frecuencia	Porcentaje %
Pacientes sin antecedente de COVID-19	Si	27	45
	No	33	55
	Total	60	100
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	Si	26	46.4
	No	30	53.5
	Total	56	100
Total		56	100

Nacimiento estresante

Tomando como variable los nacimientos obtenidos con aplicación de fórceps o cesárea de urgencia se valoró el puntaje en la Escala de Edimburgo de ambos grupos.

Sucediendo 31 nacimientos estresantes en el grupo de pacientes sanas y 27 en el grupo de pacientes con antecedente de COVID-19 (Tablas 14 y 15).

Tabla 14. Nacimiento estresante

Nacimiento estresante (Parto con fórceps y cesárea de urgencia)		Comparativa COVID negativo y positivo		Total
		Pacientes sin antecedente	Pacientes con antecedente COVID-19 positivo	
Nacimiento estresante	No	29	29	58
	Si	31	27	58
Total		60	56	116

Tabla 15. Comparativa de nacimiento estresante y puntaje de escala de Edimburgo

Puntaje de Edimburgo		Puntaje de Edimburgo		Total
		Menor a 10 puntos	Igual o mayor a 10 puntos	
Nacimiento estresante	No	46	12	58
	Si	53	5	58
Total		99	17	116

La vía de nacimiento no tuvo efecto sobre el puntaje obtenido en el cuestionario de Edimburgo.

Comparativa de sexo del recién nacido

Ambos grupos presentaron un porcentaje similar en cuanto al nacimiento de sexo femenino y masculino (Tabla 16). En ambos grupos (pacientes sin antecedente de COVID-19 versus pacientes con historia de la enfermedad) quienes tuvieron un recién nacido masculino obtuvieron más de 10 puntos en escala de Edimburgo (10%), comparativamente a quienes tuvieron recién nacido femenino (4.3%).

Tabla 16. Comparativa de sexo del recién nacido

Variable	Sexo RN	Frecuencia	Puntaje de Edimburgo ≥10	Puntaje de Edimburgo <10	Porcentaje %
Sin antecedente	Masculino	34	6	28	57
	Femenino	26	1	25	43
Con antecedente COVID-19 positivo	Masculino	33	6	27	59
	Femenino	23	4	19	41
Total		116	17	99	

Sexo del recién nacido esperado por la paciente

En cuanto al sexo esperado por las pacientes, las que se encontraron sanas respondieron que el recién nacido no coincidía con el sexo esperado por la madre en un 20%, mayor a las pacientes con antecedente de enfermedad (9%) (Tabla 17).

Tabla 17. Sexo del recién nacido esperado por la paciente

Variable	Sexo recién nacido	Frecuencia y porcentaje (%)
Pacientes sin antecedente de COVID-19	Esperado	33 (55)
	No esperado	12 (20)
	Indiferente	15 (25)
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	Esperado	23 (41)
	No esperado	5 (9)
	Indiferente	28 (50)

Lactancia materna actual y previa

En la tabla 18 se compara el porcentaje de pacientes que establecieron lactancia en embarazo actual fue mayor en el grupo de pacientes sanas (90% versus 66%).

Tabla 18. Lactancia materna actual

Variable: Lactancia actual		Frecuencia	Porcentaje %
Pacientes sin antecedente de COVID-19	si	54	90
	no	6	10
	Total	60	100
Pacientes con antecedente COVID-19 positivo	si	37	66
	no	19	34
	Total	56	100

Lactancia materna previa:

De las 116 pacientes, solo 76 reportaron lactancia durante postparto en gestaciones previas (31 de ellas, fueron primigestas o tuvieron un aborto previo; 9 de ellas no lactaron en gestaciones anteriores) [Tabla 19]. La diferencia entre grupos de pacientes sanas y con antecedente de COVID-19 fue de un 5% (pacientes sanas que si lactaron 68% versus pacientes con COVID-19 que si lactaron 63%; y pacientes sanas que no lactaron 10% versus pacientes con COVID-19 que no lactaron 5%)

Tabla 19. Lactancia materna previa

Lactancia materna en embarazos previos		Frecuencia	Porcentaje %
Pacientes sin antecedente de COVID-19	N/A	13	22
	si	41	68
	no	6	10
	Total	60	100
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	N/A	18	32
	si	35	63
	no	3	5
	Total	56	100

Antecedente de enfermedad psiquiátrica previa (ansiedad y depresión)

Doce pacientes reportaron haber padecido algún trastorno afectivo previo a la gestación o durante el intervalo de las gestaciones. Tres de las pacientes con antecedente del trastorno afectivo tuvieron una puntuación mayor a 10 (Tabla 20).

Tabla 20. Antecedente de enfermedad psiquiátrica previa (ansiedad y depresión)

Variable: Antecedente de Trastorno del ánimo (ansiedad y depresión)		Frecuencia	Porcentaje %
Pacientes sin antecedente de COVID-19	si	3	5
	no	57	95
	Total	60	100
Total		60	100
Pacientes con antecedente de COVID-19 positivo	si	9	16
	no	47	84
	Total	56	100
Total		56	100

Pacientes valoradas por psiquiatría

Se solicitaron 19 interconsultas al Departamento de Psiquiatría (Diagrama 1):

- 17 interconsultas por tamizaje positivo
- 2 con tamizaje negativo y pregunta 10 positiva (ideas autolesivas)

Los diagnósticos de Psiquiatría incluyeron:

1. Trastorno depresivo mayor, episodio depresivo moderado, en seguimiento por psiquiatría
2. Síntomas hipotímicos
3. Trastorno adaptativo con síntomas mixtos (ánimo depresivo)
4. Sin alteraciones en estado de ánimo, seguimiento por consulta
5. Pregunta 10 positiva (ideas de autoagresión). Pensamientos de autoagresión negados.
6. Sin patología psiquiátrica.
7. Sin criterios para depresión.

Diagrama 1. Interconsultas a Psiquiatría

Puntaje mayor a 10 = 17
pacientes

Pregunta 10 positiva (ideas
autolesivas) = 6 pacientes

Diagnóstico de Depresión:
4 pacientes con depresión.

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

En este estudio, el objetivo principal fue valorar el impacto psicológico de la pandemia causada por el virus COVID-19 en el desarrollo de depresión postparto en pacientes que culminaron su gestación en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

En nuestro estudio se encontró una incidencia de depresión postparto del 15%, siendo 3% mayor a lo reportado en nuestra institución en 2013, encontrándose dentro de lo observado por otros autores a nivel nacional y mundial. (2,6,9) en periodos fuera de la emergencia sanitaria actual; causada por el SARS-COV2

Contrapuesto a lo documentado en el año 2020, Durankus reportó una incidencia de 35.2% de depresión postparto; cabe mencionar diferencias entre el periodo de aplicación de Escala de Edimburgo (población valorada vía electrónica durante el mes de abril del 2020 al inicio de la pandemia con medidas de confinamiento; comparado a nuestra población valorada en año 2021, con medidas menos restrictivas y valoración personalizada con personal de salud en contacto directo con la paciente) (6)

El antecedente de presentar episodio previo de depresión no demostró ser un factor de riesgo para desarrollar depresión postparto en nuestra población comparado con otros autores (2); sin embargo, la muestra de pacientes puede ser una limitante para establecer ésta afirmación.

Un nivel educativo de secundaria y preparatoria se asoció a mayor puntaje en escala de Edimburgo; sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes se concentró en dichos niveles. Similar a lo reportado por otros autores que asocian un menor nivel educativo como factor asociado para desarrollar Depresión Postparto. (11,13)

El nacimiento de hijo varón coincidió con una mayor frecuencia en el grupo de pacientes con puntaje igual o mayor a 10 en Escala de Edimburgo, sin embargo, los porcentajes de ambos grupos no mostraron diferencias estadísticamente significativas; por lo que no es posible asociarlo como factor de riesgo. No obstante, el sexo masculino del recién nacido y el mayor puntaje en escala de Edimburgo contrasta con lo reportado con otros autores en otros países y culturas (China e India) en los cuales la población tiene una predilección en la variable de género para tener un hijo varón por influencias culturales y políticas de fertilidad; lo cual puede tener efecto en el estado de ánimo materno (13).

Una debilidad de este estudio es que la muestra de pacientes fue insuficiente para determinar o asociar factores de riesgo como la paridad (ser primigesta) o haber cursado un nacimiento por parto. Sin embargo, no se puede soslayar el hecho de que se cuenta con información local, de nuestra institución, con un estudio realizado sobre incidencia de depresión posparto, realizado en el 2013 con la misma Escala de Edimburgo (9), con lo cual se corrobora que la incidencia fue 3% superior durante la pandemia; tener datos propios de nuestra institución fortalece los resultados de este trabajo. Esto implica que, aunque la casuística es menor, es notable el aumento en la incidencia de depresión posparto en nuestra población. Existe poca información aún, dado lo reciente de la presentación de la pandemia por COVID-19, toda información aportada para el conocimiento del manejo y salud integral del binomio materno fetal permitirá una mejor atención médica física y mental.

El estudio actual sienta un precedente para desarrollar posteriores líneas de investigación que favorezcan un mayor análisis de la salud mental materna al periparto durante y posterior a la pandemia por SARS-CoV-2; observando la repercusión del fenómeno global hacia el núcleo del binomio madre-hijo.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo manifiestan la influencia de la contingencia actual por COVID-19, al aumentar la incidencia de depresión de un 12% en el año 2013 a un 15% en nuestra población.

Las mujeres que tuvieron COVID-19 durante el embarazo sumaron 2 puntos positivos extras al contestar el Cuestionario de Edimburgo comparativamente con las pacientes con embarazo sin antecedente de la enfermedad; el antecedente de la enfermedad en sí no decretó ser un factor de riesgo para el diagnóstico de depresión postparto.

No se confirmó diferencia entre el grado de severidad por Enfermedad de COVID-19 y el puntaje >10 en Escala de Edimburgo.

El nivel de estudios de secundaria y preparatoria fueron factores de riesgo para obtener un puntaje mayor a 10 en la escala de depresión postparto.

Las madres de neonatos de sexo masculino (comparando el grupo de mujeres sanas y el grupo con antecedente de COVID-19) tuvieron un puntaje mayor comparado con las mujeres que tuvieron recién nacidos del género femenino.

El antecedente de trastorno de ansiedad o depresión previos a la gestación actual, no demostró ser un factor de riesgo para un puntaje mayor a 10 en escala de depresión postparto en nuestra población.

El estado civil de la paciente al suceder el nacimiento no influyó para obtener un puntaje menor en el tamizaje.

Se requieren estudios a continuidad para conocer la influencia de la pandemia en la salud mental de las pacientes en periodo de periparto; promover el tamizaje de depresión postparto en las pacientes representa el paso inicial para diagnóstico y tratamiento durante el puerperio (durante y posterior al evento de pandemia).

CAPITULO IX

ANEXOS



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DR. ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ

Investigador Principal
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Presente.-

Estimado Dr. Ambriz:

En respuesta a su solicitud con número de ingreso **PI20-00449** con fecha del **14 de Diciembre del 2020**, recibida en las oficinas de la Secretaría de Investigación Clínica de la Subdirección de Investigación, se extiende la siguiente notificación con fundamento en el artículo 41 BIS de la Ley General de Salud; los artículos 14 inciso VII, 99 inciso I, 102, 109 y 112 del Decreto que modifica a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado el día 2 de abril del 2014; además de lo establecido en los puntos 4.4, 6.2, 6.3.2.8, 8 y 9 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos; así como por el Reglamento interno de Investigación de nuestra Institución.

Se le informa que el Comité a mi cargo ha determinado que su proyecto de investigación clínica abajo mencionado cumple con los aspectos éticos necesarios para garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos de investigación que la sociedad mexicana demanda, por lo cual ha sido **APROBADO**.

Titulado **"Depresión postparto en puerperio durante la pandemia de SARS-COV-2 en un hospital de tercer nivel."**

De igual forma el siguiente documento:

- Protocolo de tesis escrito en extenso, versión 2.0 de fecha Enero 2021.
- Anexo: Escala de Depresión Postparto de Edimburgo, versión 1.0 de fecha Diciembre 2020.

Por lo tanto usted ha sido **autorizado** para realizar dicho estudio en el **Departamento de Ginecología y Obstetricia** del Hospital Universitario como Investigador Responsable. Su proyecto aprobado ha sido registrado con la clave **GI21-00007**. La vigencia de aprobación de este proyecto es al día **08 de Febrero del 2022**.

Participando además la Dra. Sandra Rocío Flores Venegas como **tesista**, el Dr. Juan Antonio Soria López, Dra. Sci. Geraldina Guerrero González, Dr. med. Abel Guzmán López, Dr. Adrián Kawas Morales y Est. Luis Adrián Álvarez Lozada como Co-Investigadores.

Toda vez que el protocolo original, así como la carta de consentimiento informado o cualquier documento involucrado en el proyecto sufran modificaciones, éstas deberán someterse para su re-aprobación.

Será nuestra obligación realizar visitas de seguimiento a su sitio de investigación para que todo lo anterior se encuentre debidamente consignado. En caso de no apegarse, este Comité tiene la autoridad de suspender temporal o definitivamente la investigación en curso, todo esto con la finalidad de resguardar el bienestar y seguridad de los sujetos en investigación.

El proyecto aprobado será revisado:

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n. Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 81 8329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

1. Al menos una vez al año, en base a su naturaleza de investigación.
2. Cuando cualquier enmienda pudiera o claramente afecte bienestar y los derechos de los sujetos de investigación o en la conducción del estudio.
3. Cualquier evento o nueva información que pueda afectar la proporción de beneficio/riesgo del estudio.
4. Así mismo llevaremos a cabo auditorias por parte de la Coordinación de Control de Calidad en Investigación aleatoriamente o cuando el Comité lo solicite.
5. Toda revisión será sujeta a los lineamientos de las Buenas Prácticas Clínicas en Investigación, la Ley General de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, la NOM-012-SSA3-2012, el Reglamento Interno de Investigación de nuestra Institución, así como las demás regulaciones aplicables.

Atentamente,
"Alere Flammam Veritatis"
Monterrey, Nuevo León 08 de Febrero del 2021



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN


DR. med. JOSÉ GERARDO GARZA LEAL
Presidente del Comité de Ética en Investigación

Comité de Ética en Investigación

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n, Col. Mitras Centro, C.P. 64460, Monterrey, N.L. México
Teléfonos: 818329 4050, Ext. 2870 a 2874. Correo Electrónico: investigacionclinica@meduanl.com



Septiembre 10, 2017



ANEXO: ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDIMBURGO

Queremos saber cómo se siente si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy.

Esto significaría: Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | |
|--|--|
| 1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas
Tanto como siempre
No tanto ahora
Mucho menos
No, no he podido | 6. Las cosas me oprimen o agobian
Sí, la mayor parte de las veces
Sí, a veces
No, casi nunca
No, nada |
| 2. He mirado el futuro con placer
Tanto como siempre
Algo menos de lo que solía hacer
Definitivamente menos
No, nada | 7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Sí, la mayoría de las veces
Sí, a veces
No muy a menudo
No, nada |
| 3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien
Sí, la mayoría de las veces
Sí, algunas veces
No muy a menudo
No, nunca | 8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
No muy a menudo
No, nada |
| 4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo
No, para nada
Casi nada
Sí, a veces
Sí, a menudo | 9. He sido tan infeliz que he estado llorando
Sí, casi siempre
Sí, bastante a menudo
Sólo en ocasiones
No, nunca |
| 5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno
Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, nada | 10. He pensado en hacerme daño a mi misma
Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
No, nunca |

Tomado de British Journal of Psychiatry
Junio, 1987, Vol. 150 autores: J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky

SERVICIO DE OBSTETRICIA
Av. Francisco I. Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, 64460
Monterrey, N.L. México Apartado Postal 1-4469 Tel. directo (81) 8389 1173
Conmutador: (81) 8389 1111 ext. 2291



CAPÍTULO X

BIBLIOGRAFIA

1. Maroto Navarro et al. Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1697-2600 2005, Vol. 5, N° 2, pp. 305-318.
2. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex* 2013; 55:74-80.
3. Oviedo-Lugo G., Jordán-Mondragón V., Trastornos afectivos posparto. *Universitas Médica* 2006 Vol. 47 N° 2 pág 131-140.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición DSM V. Editorial Panamericana. 2014. Pág 186-187.
5. Cuijpers, P., van Straten, A. Mihalopoulos, F.S., Beekman, A. Preventing the Onset of Depressive Disorders: A Meta- Analytic Review of Psychological Interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165:1272–1280.
6. Durankuş F, Aksu E., Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *The Journal of maternal-fetal & neonatal medicine* 2020 May 18;1-7
<https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1763946>
7. Dosil M., Ozamiz-Etxebarria N., y cols. . Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020 . doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004

8. Marelli S., Castelnuovo A., and cols. Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *J Neurol.* 2020 Jan;268(1):8-15. doi: [10.1007/s00415-020-10056-6](https://doi.org/10.1007/s00415-020-10056-6)
9. Tamez-Cristerna E., Tesis: Prevalencia de depresión postparto en la población del Hospital Universitario "Dr. José E. González" utilizando la Escala de depresión postparto de Edimburgo. 2013. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
10. Álvarez-Escutia, A; Ponce-Rosas, ER; Irigoyen-Coria, A. (2008). Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. *Archivos en Medicina Familiar*, Octubre-Diciembre, 133-136.
11. Urdaneta-M. J., Rivera-S. A., y cols. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *RevChilObstetGinecol* 2011; 76(2): 102-112.
12. Martínez E., Toledo M., Pineda M., y cols. La depresión postparto: un estudio exploratorio con una muestra de mujeres valencianas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)* 2001, Volumen 6. Número 1, pp. 37-48 ISSN 1136-5420/01
13. Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.* En: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_chapter_1.pdf

14. Kathryn P. Hirst, Christine Y. Moutier. Postpartum Major Depression. American Family Physician October 15, 2010 Volume 82, Number 8 Pág.: 926-933
15. Torres-Díaz C., Barcia J., López-Ibor J., Lozano A., Neuromodulación contra la depresión resistente. *Mente y cerebro* 2012. Páginas 60 – 67
16. ZochZannini Carlos E., *Temas de Psiquiatría para el médico general. Antecedentes históricos*, 2002. Pág 97-105. Consultado en línea: 09/11/2020. Disponible: <https://studylib.es/doc/7678883/temas-de-psiquiatr%C3%ADa-para-el-m%C3%A9dico-general>
17. Organización Mundial de la Salud. Portal en línea. Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Consultado 10/11/2020. Disponible: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/postnatal/es/>

CAPITULO XI

Resumen autobiográfico

Sandra Rocío Flores Venegas

Candidato para el grado de Subespecialista en Medicina Materno Fetal

Tesis:

DEPRESIÓN POSTPARTO EN PUERPERIO DURANTE LA PANDEMIA DE SARSCOV-2 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía

Datos personales: Nacida en Chihuahua, Chihuahua el 24 de diciembre de 1987,
hija de María del Refugio Victoria Venegas García y Óscar Flores Gómez.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Chihuahua, grado obtenido
Médico cirujano y partero 2006-2012

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Chihuahua, grado obtenido
Especialista en Ginecología y Obstetricia 2014-2018

Abstract

Introduction: Pregnancy and postpartum represent a period of physiological change and adaptation in women. This study assessed the psychological influence by the health emergency due to COVID-19 to develop postpartum depression.

Patients and methods: Longitudinal, prospective, analysis was performed, including patients evaluated after 24-48 hours of postpartum period or after cesarean delivery attended at Hospital Universitario: “Dr. José Eleuterio González” in Monterrey, Mexico; applying the Edinburgh Postpartum Depression Scale during February 2021 until May 2021.

General Objective: To detect the increasing incidence of postpartum depression during health emergency due to COVID-19.

Results: A total of 116 patients were recruited, 56 diagnosed with COVID-19 PCR positive test during pregnancy, and 60 patients were free of disease. An incidence of postpartum depression of 15% was calculated, considering a score of 10 or more points with the Edinburgh Scale. The history of suffering from COVID-19 disease during pregnancy did not represent a risk factor for developing Postpartum Depression; we found in this patients 2 more positive points answered in Edinburgh Scale compared with patients free of disease. The degree of academic preparation of the patients and the male sex of the newborn were associated with a higher score.

Conclusions: The current health emergency due to COVID-19 and a history of suffering from SARSCOV-2 disease did not demonstrate to be risk factors for developing postpartum depression. Women who had the disease, had 2 more positive points in Edinburg scale versus patients without disease. Academic preparation such as middle and high school, and the male sex of the newborn were observed with a higher score on the Edinburgh scale.

Keywords: Postpartum depression, SARSCOV-2, COVID-19, Edinburgh scale