



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INDUCCIÓN DE LABOR DE PARTO CON OXITOCINA COMO
FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A DEPRESIÓN PUERPERAL EN EL
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTORA

THALÍA PESANTES ALDANA

ASESORA

Dra. ADELA ESCOBEDO MEDINA

TRUJILLO – PERÚ

2018

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. OLIVENCIA QUIÑONES MARIO
PRESIDENTE

DR. CORNEJO ZAVALETA CARLOS
SECRETARIO

DR. LOZADA CACEDA JORGE
VOCAL

DRA. ESCOBEDO MEDINA ADELA
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios,

por llenar mi vida de bendiciones, amor y esperanza.

A mi madre, Gladys.

por su apoyo incondicional, por incentivar me día a día

a mejorar en todos los ámbitos de mi vida, me siento

muy orgullosa de ti, mis logros también son tuyos.

A mi padre, Alfredo.

Porque sé que desde el cielo me cuidaste

Eres mi fortaleza y mi motivación para seguir adelante.

A mi hermana Fiorella, eres mi amiga y confidente,

siempre estas cuando te necesito.

A mi madrina, Nora.

recuerda que los planes de Dios son fieles y seguros,

siempre estarás en mi corazón.

Thalía Pesantes Aldana

AGRADECIMIENTOS

*A Dios, mi fortaleza espiritual,
por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera.*

*Le agradezco la confianza, apoyo y dedicación de tiempo
a mi asesora de tesis, por haber compartido conmigo
sus conocimientos y sobre todo su amistad.*

*A mi madre, Gladys por apoyarme en todo momento
por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación*

*A mis hermanas, Karen, Sheyla y Fiorella.
Por ser parte importante en mi vida, por ser un ejemplo de desarrollo
profesional a seguir; por llenar mi vida de alegrías y amor cuando
más lo he necesitado.*

Thalía Pesantes Aldana

INDICE

	<i>Página</i>
PÁGINAS PRELIMINARES.....	02
RESUMEN.....	06
ABSTRACT.....	07
INTRODUCCIÓN.....	08
PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	36
RECOMENDACIONES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS.....	42

RESUMEN

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue investigar si la inducción de labor de parto con oxitocina es factor de riesgo asociado a depresión puerperal.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, que evaluó a 208 puérperas del Hospital Belén de Trujillo, según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con depresión puerperal o sin ella, se calculó el odds ratio y la prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS: De un total de 208 puérperas, el promedio de edad materna fue de 27.2 en puérperas con depresión, y de un 26.7 en puérperas sin depresión, la distribución de inducción de labor de parto con oxitocina en puérperas con depresión puerperal fue de 27% y las que no de 73%. La distribución de inducción de labor de parto en puérperas sin depresión puerperal fue de 15%. Así mismo, los hallazgos observados en el análisis multivariado identifican la condición de la puérpera sometida a inducción de labor de parto con oxitocina (OR 2,3 IC 95%[1,4- 4,1]) y obesidad pregestacional (OR 1,9 IC 95%[1,2- 3,5]) como factores de riesgo asociado a depresión puerperal. En contraste, la hipertensión arterial (OR 1,6 IC 95% [0,8- 3,1]), diabetes mellitus (OR 1,8 IC 95% [0,7- 3,3]), procedencia (OR 1,2 IC 95%[0,5- 2,1]) no se reconocen como factores de riesgo.

CONCLUSIONES: La inducción de labor de parto con oxitocina y la obesidad pregestacional son factores de riesgo para desarrollar depresión puerperal.

PALABRAS CLAVES: Inducción de labor de parto, factor de riesgo, depresión puerperal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this study was to investigate if the induction of labor with oxytocin is a risk factor associated with puerperal depression.

MATERIAL AND METHOD: An analytical, observational, retrospective study of cases and controls was carried out, which evaluated 208 puerperal women from the Belén de Trujillo Hospital, according to established inclusion and exclusion criteria divided into two groups: with or without puerperal depression, the odds ratio was calculated and the chi-square test.

RESULTS: Of a total of 208 puerperal women, the average maternal age was 27.2 in puerperal women with depression, and of 26.7 in puerperal women without depression, the distribution of induction of labor with oxytocin in puerperal women with puerperal depression was 27% and Not 73% The distribution of induction of labor in puerperal women without puerperal depression was 15%. Likewise, the findings observed in the multivariate analysis identify the condition of the puerpera who underwent induction of labor with oxytocin (OR 2.3 IC 95% [1,4- 4,1]) and pregestational obesity (OR 1, 9 95% CI [1,2- 3,5]) as risk factors associated with puerperal depression. In contrast, arterial hypertension (OR 1.6 CI 95% [0.8- 3.1]), diabetes mellitus (OR 1.8 CI 95% [0.7- 3.3]), provenance (OR 1 , 2 95% CI [0.5-1.1]) are not recognized as risk factors.

CONCLUSIONS: Induction of labor with oxytocin and pregestational obesity are risk factors for developing puerperal depression.

KEY WORDS: Induction of labor, risk factor, puerperal depression.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión puerperal describe un grupo heterogéneo de síntomas y síndromes depresivos. Comienza insidiosamente en el primer mes del postparto, se desarrolla lentamente por semanas o meses, teniendo su máxima expresión clínica antes de los seis meses después del parto, aunque se ha observado que los cuadros más severos tienen un comienzo más precoz (1, 2).

La depresión puerperal es una entidad subdiagnosticada en el contexto de la atención médica primaria, tomando en cuenta el aumento que la depresión ha experimentado en toda la sociedad. Estas situaciones y el hecho de la omisión de su asistencia sanitaria puede originar trastornos en la interacción entre las madres y sus recién nacidos, tales como alteraciones psicológicas a corto y largo plazo en los hijos y un mayor riesgo de separaciones y divorcios (3, 4, 5).

En Estados Unidos el reporte en adolescentes describe prevalencias que oscilaron entre 20 y 57%. En Europa se encontró una tasa de 9,3% en puérperas adultas y en un 25,9% en puérperas adolescentes. En América latina se refirió una tasa de 10 a 15 con una estimación de una tasa de recurrencia entre 10 y 35% (6, 7, 8).

En la neurobiología de la depresión puerperal, como en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, existiría una interacción de factores desde susceptibilidad genética, alteraciones neuroendocrinas y eventos vitales estresantes mayores (11, 12). En relación con el sustrato neurobiológico existen muchas teorías al respecto. Se ha investigado su asociación con factores hormonales como: estrógenos, progesterona, hormonas tiroideas, colesterol (9, 10).

Predominan los síntomas de ansiedad, irritabilidad y fobias y los síntomas vegetativos (somnolencia y aumento del apetito). La paciente experimenta sentimientos de culpa, incapacidad para realizar las tareas (especialmente las maternas), pensamientos autodestructivos y rechazo del recién nacido (11, 12, 13).

Como factores de riesgo se ha descrito: historia de depresión, conflictos maritales o familiares, eventos vitales estresantes, percepción de falta de redes de apoyo durante el embarazo, falta de soporte emocional y económico de la pareja durante el embarazo, madre soltera, bajo nivel socioeconómico (14, 15).

La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo es una encuesta autoadministrada, desarrollada para la detección de síntomas depresivos en mujeres durante el puerperio. Consta de 10 preguntas de selección múltiple, con 4 alternativas cada una, con puntajes de 0 a 3 de acuerdo con severidad creciente de los síntomas (16, 17).

La inducción del parto es el procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas en un intento de que el parto tenga lugar por vía vaginal cuando existe una indicación de finalizar la gestación y ésta no se produce de manera espontánea (18, 19).

La mayor capacidad de detectar precozmente situaciones de riesgo maternas y fetales; hace que cada vez se necesiten métodos más seguros y eficaces de inducción. Se estima que el total de inducciones en hospitales de tercer nivel en España alcanza el 12% de todos los partos. En países como EE.UU., el número de inducciones aumenta, alcanzando el 18,4% (20, 21).

Dentro de las indicaciones médicas para este procedimiento se consideran: patología materna: enfermedad hipertensiva del embarazo, neuropatías, cardiopatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, neoplasias; indicaciones obstétricas: embarazo prolongado, rotura precoz de membranas, corioamnionitis, otras; indicaciones fetales: isoimmunización Rh, crecimiento intrauterino retardado, feto muerto, anomalías congénitas (22, 23, 24).

Convencionalmente se ha utilizado la oxitocina intravenosa para dicho objetivo. La oxitocina y los derivados de prostaglandinas son usados como agentes en la maduración del cérvix previamente a la inducción del parto. Existe mucha experiencia con el uso de oxitocina, pero no siempre es exitosa en inducir el trabajo de parto. La inducción del parto con PGs ofrece la

ventaja de madurar el cérvix, mientras estimula la contractilidad miometrial (25, 26, 27).

Estudios en animales documentan una relación entre la oxitocina y las expresiones de la normalidad del comportamiento materno; así como con modelos animales de los trastornos psiquiátricos posparto. Esta literatura preclínica sugiere que el uso de la oxitocina en el período periparto puede tener efectos a largo plazo en el estado de ánimo en ambas madres y sus descendientes y condujo a la reciente introducción de manipulaciones de oxitocina como posibles dianas terapéuticas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos posparto (28,29).

En humanos, los niveles plasmáticos maternos de oxitocina están asociados con mirada maternal, vocalizaciones y contacto afectuoso, así como con representaciones maternas de apego. Los análisis genéticos indican que después del parto la depresión puede estar mediada por la variación epigenética en la expresión del receptor de oxitocina. A pesar de estas observaciones clínicas y el interés en la oxitocina como tratamiento para la depresión perinatal y la ansiedad, ha habido poca investigación de los efectos potenciales de la manipulación clínica periparto con oxitocina sintética (30, 31, 32).

Hinshaw K, et al (Reino Unido, 2013); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de verificar la influencia de la inducción de labor de parto con

oxitocina en relación con el riesgo de desarrollar depresión puerperal por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 412 pacientes los cuales fueron divididos en 2 grupos en función de la exposición a oxitocina; observando que la frecuencia de depresión postparto valorada por la escala de Edimburgo fue de 20% en el grupo usuario de oxitocina y de solo 15% en el grupo no usuario de oxitocina ($p<0.05$) (33).

Skrundz M, et al (Alemania, 2013); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de verificar la influencia de los niveles séricos de oxitocina en relación con el riesgo de desarrollar depresión puerperal por medio de un estudio retrospectivo de cohortes en el que se incluyeron 346 puérperas; observando que los niveles séricos de oxitocina fueron significativamente más elevados en el grupo de pacientes con depresión postparto respecto a las puérperas sin esta patología ($p<0.05$) (34).

Gu V, et al (Norteamérica, 2016); llevaron a cabo un estudio con la finalidad de verificar si la exposición a oxitocina durante la inducción de labor de parto incrementa el riesgo de desarrollar depresión puerperal por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 386 puérperas; observando que las gestantes con niveles séricos de oxitocina sintética elevados presentaron puntajes significativamente más elevados en el puntaje de la escala de depresión en

relación con las puérperas con niveles sérico de oxitocina sintética disminuido ($p < 0.05$) (35).

Massey S, et al (Polonia, 2016); llevaron a cabo un estudio con miras a verificar la asociación entre los niveles séricos de oxitocina y el riesgo de desarrollar depresión puerperal, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 66 gestantes; se observó que las gestantes expuestas a oxitocina sintética presentaron un riesgo significativamente más elevado de depresión puerperal que las gestantes no expuestas a estas drogas ($p < 0.05$) (36).

Kroll AR, et al (Norteamérica, 2017); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar la asociación entre la exposición a oxitocina durante la inducción de labor de parto y el riesgo de desarrollar depresión puerperal, por medio de un estudio retrospectivo de casos y controles en el que se incluyeron a 9684 gestantes expuestas a oxitocina y 37 048 no expuestas; observando que la frecuencia de depresión puerperal fue de 31% en el grupo expuesto y de solo 22% en el grupo no expuesto; diferencia que resulto significativa ($p < 0.05$) (37).

Formulación del problema

¿Es la inducción de labor de parto con oxitocina factor de riesgo asociado a depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo?

Hipótesis

Ho: La inducción de labor de parto con oxitocina no es factor de riesgo asociado a depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo

Ha: La inducción de labor de parto con oxitocina es factor de riesgo asociado a depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo

Objetivos

Objetivos generales:

Determinar si la inducción de labor de parto con oxitocina es factor de riesgo asociado a depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de inducción de labor de parto en gestantes con depresión puerperal.
- Determinar la frecuencia de inducción de labor de parto en gestantes sin depresión puerperal.
- Comparar la frecuencia de inducción de labor de parto entre gestantes con o sin depresión puerperal.
- Comparar las características sociodemográficas entre gestantes con o sin depresión puerperal.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

1. MATERIALES Y MÉTODOS

POBLACION UNIVERSO:

Puérperas atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2017 – Marzo 2018.

POBLACIONES DE ESTUDIO:

Criterios de Inclusión

- o Puérperas con depresión
- o Puérperas con edades entre 20 a 35 años
- o Puérperas con control prenatal adecuado.
- o Puérperas en cuyas historias clínicas se puedan precisar las variables en estudio.

Criterios de Exclusión

- Puérperas con antecedentes de patología psiquiátrica previa a la gestación: depresión, psicosis, trastorno bipolar.
- Puérperas con retraso mental.
- Puérperas víctimas de abuso sexual.

- Puérperas con gran multiparidad.
- Puérperas que se hayan quejado de mal trato o atención deficiente en el hospital.
- Embarazos no deseados
- Puérperas que hayan sido expuestas a inducción con oxitocina por ruptura prematura de membranas
- Puérperas con parto pre término
- Puérperas cuyos neonatos hayan sido hospitalizados en unidad de cuidados intensivos neonatales.

DETERMINACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y DISEÑO ESTADÍSTICO DEL MUESTREO:

Unidad de Análisis

Estuvo constituido por cada puérpera atendida en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2017 – Febrero 2018 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección

Unidad de Muestreo

Estuvo constituido por la historia clínica de cada puérpera atendida en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2017 – Febrero 2018 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

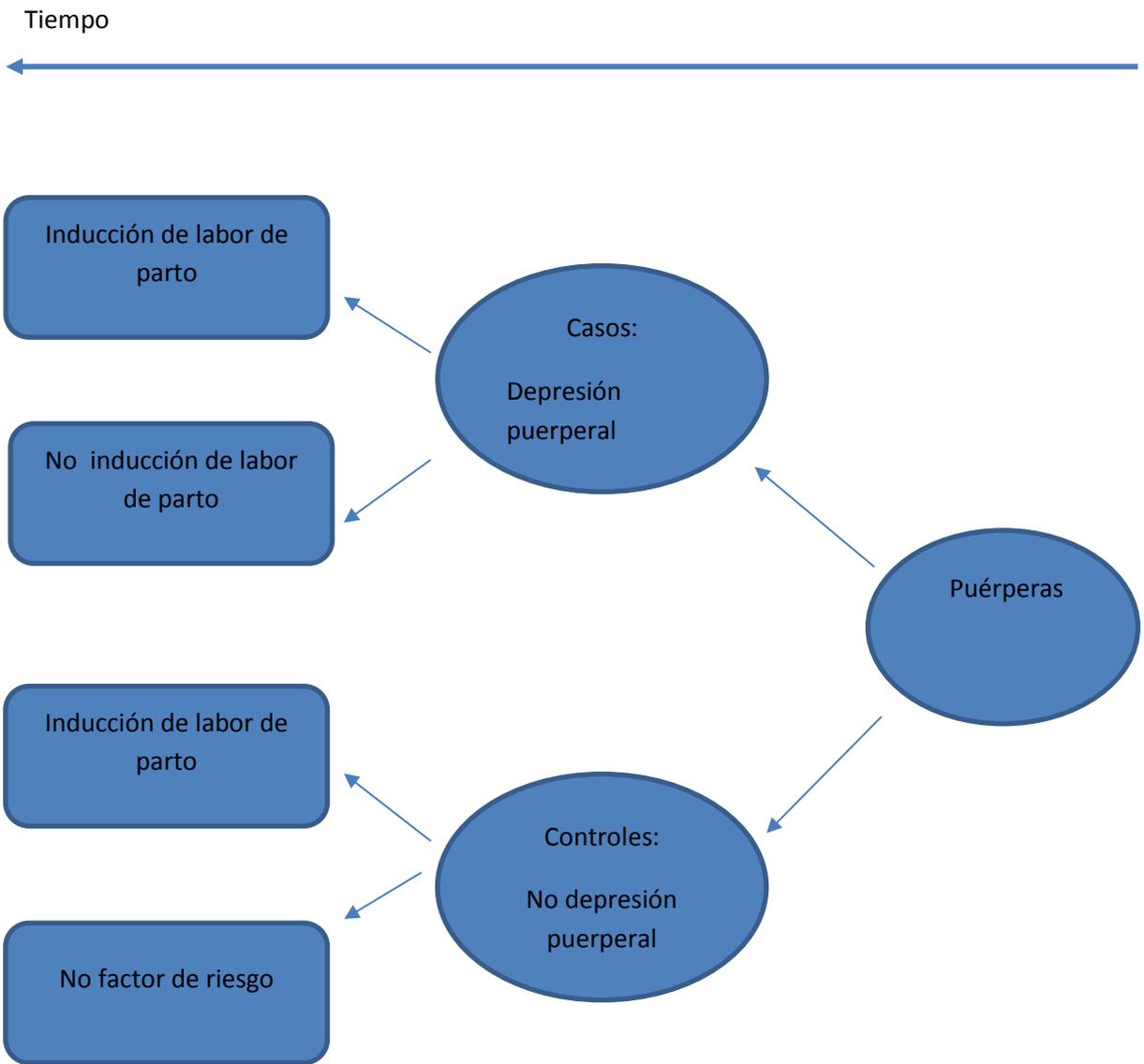
Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula estadística para estudios de casos y controles (38).

DISEÑO DEL ESTUDIO:

El estudio fue analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles.

	G1	O ₁
	G2	O ₁

- P: Población
NR: No randomización
G1: Puérperas con depresión
G2: Puérperas sin depresión
O₁: Inducción de labor de parto



VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE	TIPO DE ESTUDIO	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	ÍNDICE
RESULTADO DEPRESIÓN PUERPERAL	Cualitativa	Nominal	Puntaje de la escala de Edimburgo	SI/NO
EXPOSICIÓN INDUCCIÓN DE LABOR DE PARTO	Cualitativa	Nominal	HC	SI/NO
COOVARIABLES EDAD	Cuantitativa	Discreta	HC	Años
OBESIDAD.	Categoría	Nominal	HC	SI - NO
PARIDAD	Cuantitativa	Nominal	HC	Número de partos

HTA	Cualitativa	Nominal	HC	SI/NO
DM	Cualitativa	Nominal	HC	SI/NO
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	HC	Soltera
PROCEDENCIA	Cualitativa	Nominal	HC	Casada
				Urbana
				Rural

DEFINICIONES:

VARIABLES OPERACIONALES:

Depresión postparto: Se considerará cuando tras la entrevista a la paciente se determine por medio de la Escala de Edimburgo para Depresión Posparto con un puntaje superior a 9/10 (34).

Inducción de labor de parto: Corresponde a aquella intervención terapéutico orientada conseguir dinámica uterina; se tomará en cuenta la inducción continua con oxitocina con cualquiera de los siguientes patrones de infusión (33)

8 a 12 mU por minuto

12 a 20 mU por minuto

20 a 40 mU por minuto

Edad Materna: Años cumplidos desde su nacimiento a la actualidad, para este estudio se ha categorizado entre las edades de 20-35 años

Paridad: se refiere al número de niños que ha tenido la gestante se valorará en función del número de partos previos.

Obesidad: corresponde a la presencia de un índice de masa corporal mayor a 30; valorado antes de la semana 14 de gestación.

Hipertensión Arterial(HTA): si la presión arterial es mayor de 140/90 y que haya sido diagnosticada de HTA

Diabetes Mellitus Tipo II (DM): Trastorno metabólico, caracterizado por concentraciones elevadas de glucosa, que haya sido diagnosticado de DM

Estado Civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Procedencia: Origen o principio de una persona.

2. PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCION DE DATOS

Ingresaron al estudio las puérperas atendidas en el Departamento de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período Diciembre 2017 – Febrero 2018 y que cumplieron con los criterios de selección; se solicitó la autorización en el departamento académico correspondiente desde donde se obtuvieron los números de historias clínicas para luego proceder a:

1. Seleccionar a aquellos pacientes que pertenezcan a uno u otro grupo según la técnica de muestreo aleatorio simple aplicando la Escala de Edimburgo para depresión postparto (Anexo 1) y según el puntaje obtenido tras su aplicación.
2. Recoger los datos pertinentes correspondientes a las variables de interés del estudio (inducción de labor de parto con oxitocina) las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos.
3. Continuar con el llenado de la hoja de recolección de datos hasta completar los tamaños muestrales en ambos grupos de estudio (Ver anexo 1).
4. Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El registro de datos que fueron consignados en las correspondientes hojas de recolección fueron procesados utilizando el paquete estadístico IBM V SPSS 23 los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas y medidas de centralización y de dispersión de las variables cuantitativas.

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba Chi Cuadrado (X^2) para variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Dado que fue un estudio que evaluó la asociación entre variables a través de un diseño de casos y controles; se obtuvo el odds ratio (OR) que ofrecen la exposición a inducción de labor de parto en relación a la presencia de depresión puerperal.

Se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Belén de Trujillo y de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde solo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23)³⁹ y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA) (40).

III. RESULTADOS

Se ha sugerido que el uso de la oxitocina en el período periparto puede tener efectos a largo plazo en el estado de ánimo en ambas madres y sus descendientes y condujo a la reciente introducción de manipulaciones de oxitocina como posibles dianas terapéuticas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos posparto^{28,29}. En humanos, los niveles plasmáticos maternos de oxitocina están asociados con mirada maternal, vocalizaciones y contacto afectuoso así como con representaciones maternas de apego. Los análisis genéticos indican que después del parto la depresión puede estar mediada por la variación epigenética en la expresión del receptor de oxitocina. A pesar de estas observaciones clínicas y el interés en la oxitocina como tratamiento para la depresión perinatal y la ansiedad, ha habido poca investigación de los efectos potenciales de la manipulación clínica periparto con oxitocina sintética (30,31,32).

En la Tabla N° 1 se compara información de las variables confusoras entre los grupos de puérperas, en este sentido se analizan la edad materna, procedencia, estado civil, hipertensión arterial y diabetes mellitus gestacional; sin verificar diferencias significativas respecto a ellas; sin embargo, si es posible reconocer tendencias que se pueden extrapolar a toda la población como un promedio de paridad significativamente mayor.

En la Tabla 2 se verifica la asociación de la variables de inducción de labor de parto con oxitocina y el desenlace correspondiente a depresión puerperal con un odds ratio de 2.02; verificado a través de la prueba chi cuadrado para extrapolar esta conclusión a la población; siendo el valor alcanzado suficiente para poder afirmar que la misma tiene significancia estadística ($p < 0.05$) lo que permite asignar la condición de factor de riesgo para este desenlace adverso.

En la Tabla 3 se aprecia el análisis multivariado en el que se puede reconocer a través de la técnica de regresión logística la influencia de cada factor de riesgo en un contexto más sistemático e integrado y con un mejor control de sesgos y a través de este se corroboran los hallazgos observados en el análisis bivariado al reconocer también a las variables inducción de labor de parto con oxitocina y obesidad pregestacional como factores de riesgo..

TABLA 1

Covariables de las púerperas incluidas en el estudio en el Hospital Belén de Trujillo

COVARIABLES	DEPRESIÓN		SIGNIFICANCIA
	SI (n = 104)	NO(n = 104)	
EDAD MATERNA			
Promedio	27.2	26.7	T student 0.78
D.estándar.	6.5	5.3	p>0.05
PARIDAD			
Promedio	1.9	1.2	T student 1.96
D.estándar	0.9	0.8	p<0.05
PROCEDENCIA			
Urbano	98 (94%)	93 (89%)	Chi cuadrado 1.34
Rural	6(6%)	11 (11%)	p>0.05
ESTADO CIVIL			
Conviviente	68%(65%)	61(59%)	Chi cuadrado 2.14 p>0.05
Soltera	28%(27%)	26(25%)	
Casada	8(8%)	17(16%)	
OBESIDAD			
SI	28%(31%)	16(24%)	Chi cuadrado 6.06 p<0.05
NO	76(69%)	88(76%)	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
SI	11(11%)	8(8%)	Chi cuadrado 1.48 p>0.05
NO	93(89%)	96(92%)	
DIABETES MELLITUS			
SI	9(9%)	14(13%)	Chi cuadrado 1.46 p>0.05
NO	95(91%)	90(87%)	



FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2017-2018.

TABLA 2

Inducción de labor de parto como factor de riesgo para depresión puerperal en gestantes del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2017-2018

Inducción de labor de parto	Depresión puerperal		Total
	Si	No	
Si	28 (27%)	16 (15%)	44
No	76 (80%)	88 (85%)	164
Total	104 (100%)	104 (100%)	208

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2017-2018

TABLA 3

Análisis multivariado de los factores de riesgo para depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2017-2018

	B	Wald	Sig.	ORa	IC 95% LI LS
Inducción de labor	0,78	4,6	0,043	2,3	1,4 – 4,1
Obesidad pregestacional	0,74	4,1	0,046	1,9	1,2 – 3,5
Hipertensión Arterial	0,49	2,2	0,068	1,6	0,8 – 3,1
Diabetes Mellitus	0,41	2,6	0,096	1,8	0,7– 3,3
Procedencia	0.33	1,6	0,084	1,2	0,5– 2,1

FUENTE: HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO–Archivo historias clínicas: 2017-2018

DISCUSIÓN

Se ha sugerido que el uso de la oxitocina en el período periparto puede tener efectos a largo plazo en el estado de ánimo en ambas madres y sus descendientes y condujo a la reciente introducción de manipulaciones de oxitocina como posibles dianas terapéuticas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos posparto.

Se analizaron la edad materna, procedencia, estado civil, hipertensión arterial y diabetes mellitus gestacional; sin verificar diferencias significativas respecto a ellas; sin embargo si es posible reconocer tendencias que se pueden extrapolar a toda la población como un promedio de paridad significativamente mayor y una frecuencia de obesidad pregestacional también mayor en el grupo de puérperas con depresión; estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Hinshaw K, et al en Reino Unido en el 2013 y Kroll AR, et al en Norteamérica en el 2017 ; quienes también registran diferencia respecto a las variables obesidad y número de partos previos entre las gestantes de uno u otro grupo de estudio.

Se realizó la valoración de las frecuencias de inducción de labor de parto con oxitocina en primer término en el grupo con depresión puerperal encontrando que de las 104 pacientes de este grupo, el 27% presentaron el antecedente de esta intervención terapéutica. En cuanto a los trabajos

previos observados se puede considerar al estudio de Hinshaw K, et al en Reino Unido en el 2013 quienes verificaron la influencia de la inducción de labor de parto con oxitocina y depresión puerperal en 412 pacientes observando que la frecuencia de depresión postparto valorada por la escala de Edimburgo fue de 20% en el grupo usuario de oxitocina y de solo 15% en el grupo no usuario ($p < 0.05$).

Dentro de los antecedentes encontrados tenemos el estudio de Hinshaw K, et al en Reino Unido en el 2013 Kroll AR, et al en Norteamérica en el 2017 identificaron la asociación entre la exposición a oxitocina en inducción de labor de parto y depresión puerperal, en un estudio retrospectivo de casos y controles en 9684 gestantes observando que la frecuencia de depresión puerperal fue de 31% en el grupo expuesto y de solo 22% en el grupo no expuesto; ($p < 0.05$).

Reconocemos los hallazgos descritos por Skrundz M, et al en Alemania en el 2013 quienes verificaron la influencia de los niveles séricos de oxitocina y depresión puerperal en 346 puérperas; observando que los niveles sérico de oxitocina fueron significativamente más elevados en el grupo de pacientes con depresión postparto respecto a las puérperas sin esta patología ($p < 0.05$).

Describimos los hallazgos encontrados por Gu V, et al en Norteamérica en el 2016 quienes verificaron si la exposición a oxitocina

en un estudio retrospectivo de casos y controles en 386 puérperas; observaron puntajes significativamente más elevados en el puntaje de la escala de depresión en puérperas con oxitocina sintética disminuido ($p < 0.05$)

Finalmente cabe considerar lo expuesto por Massey S, et al en Polonia en el 2016 quienes verificaron la asociación entre los niveles séricos de oxitocina y el riesgo de desarrollar depresión puerperal, en un estudio retrospectivo de casos y controles en 66 gestantes; se observó que las gestantes expuestas a oxitocina presentaron un riesgo significativamente más elevado de depresión puerperal ($p < 0.05$) .

IV. CONCLUSIONES

- 1.- En el análisis multivariado se verifica la significancia del riesgo para las variables inducción de labor de parto y obesidad pregestacional en relación con la aparición de depresión puerperal
- 2.-La frecuencia de inducción de labor de parto en gestantes con depresión puerperal fue 27%.
- 3.-La frecuencia de inducción de labor de parto en gestantes sin depresión puerperal fue 15%.
- 4.-La inducción de labor de parto es factor de riesgo para depresión puerperal en gestantes con un odds ratio de 2.02 el cual fue significativo ($p < 0.05$).
- 5.-El promedio de grado de paridad fue significativamente mayor en el grupo con depresión puerperal que en el grupo sin esta patología. La frecuencia de obesidad pregestacional fue significativamente mayor en el grupo con depresión puerperal que en el grupo sin esta patología.

V. RECOMENDACIONES

Las asociaciones observadas debieran ser tomadas en cuenta como base para desarrollar estrategias de intervención que reduzcan la aparición de depresión en puérperas de nuestra región.

Nuevas investigaciones multicéntricas con mayor muestra poblacional prospectivos con la finalidad de obtener una mayor validez interna en su determinación y con el control de un mayor número de variables intervinientes deberían ser llevadas a cabo, para corroborar las tendencias observadas en nuestro medio.

Es conveniente el inicio de estudios observacionales con miras a precisar el impacto de la depresión durante el periodo de puerperio respecto a aparición de desenlaces adversos tanto maternos como en el neonato, a fin de emprender la planificación preventiva correspondiente.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.-Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Chile. Rev Chil Neuro – Psiquiat. 2014; 38(2): 84 – 93.

2.-Perez R, Saez K, Alarcon L, Aviles V, Braganza I, Coleman J. Variables posiblemente asociadas a depresión posparto según escala Edimburgo. Venezuela. Rev Obstet Ginecol Venez. 2014; 67(3): 187 – 91.

3.-Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿se encuentra asociada a la violencia basada en género? An Fac Med. 2015; 70(2): 115.

4.-Póo AM, Espejo C, Godoy C, Gualda M, Hernández T, Pérez C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión posparto en puérperas de un Centro de Atención Primaria en el Sur de Chile. Rev Méd Chile 2014; 136(1): 44 – 52.

5.-Krause K, Ostbye T, Swamy G. Occurrence and Correlates of Postpartum Depression in Overweight and Obese Women: Results from the Active Mothers Postpartum (AMP) Study. Matern Child Health J 2014; 13(6): 832 – 838.

6.-Claesson I, Josefsson A, Sydsjö G. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. BMC Public Health 2014; 10: 766 – 769.

7.-LaCoursiere D, Barrett E, O'Hara M. The association between prepregnancy obesity and screening positive for postpartum depression. BJOG. 2014; 117(8): 1011 – 1018.

8.-Lasheras G, Farré B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. *Med. Psicosom.* 2014; 109 (22): 13-18.

9.-Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Torrejón E, Coaquira E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril-Junio 2008. *Rev. Perú. epidem.* Diciembre 2014;14(3):192-200.

10.-Pérez M, Forero C; Cabarcas N; Hinestroza, C; Lobo S; Garavito M, et al, Depresión y factores de riesgos asociados en embarazadas de 18 a 45 años asistentes al Hospital Niño Jesús en Barranquilla (Colombia). Source: *Salud Uninorte*, 2013, 29 (3);394-405.

11.-Oquendo M, Lartigue T, González I, Méndez S. Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatol Reprod Hum* 2014; 22(3):195-202.

12.-Gjerdingen D, CrowS, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at well-child visits: Validity of a 2-questions screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med* 2014; 7(1):63-70.

13.-Sierra J, Carro T, Ladrón E.. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Aten Primaria* 2014. 30 (2): 103-111.

14.-McMahon C, Boivin J, Gibson F. Older first-time mothers and early postpartum depression: a prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies. *Fertil Steril* 2014;96:1218–24.

15.-Aasheim V, Waldenstrom U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, Schytt E. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG* 2014;119:1108–1116.

16.-Muraca J. The Association Between Maternal Age and Depression. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(9):803–810.

17.-Lasheras G, Farré B, Serra B. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. *Med. Psicosom.* 2014; 109 (22): 13-18.

18.-Mishanina E. Use of labour induction and risk of cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 2014; 186(9): 665-673.

19.-Boulvai M. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2015; 385(9987): 2600-2605.

20.-Kortekaas J. Effects of induction of labour versus expectant management in women with impending post-term pregnancies: the 41 week–42 week dilemma. *BMC pregnancy and childbirth* 2014; 14(1): 350.

21.-Grivell R. Maternal and neonatal outcomes following induction of labor: a cohort study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2014; 91(2): 198-203.

22.-Alfirevic Z. Which method is best for the induction of labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess* 2016; 20(65): 1-584.

23.-Alfirevic Z. Oral misoprostol for induction of labour. 2014; The Cochrane Library. 5 (2):6-12.

24.-Gülmezoglu A. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 5 (6): 4-11.

25.-Abraham C. Labor induction with dinoprostone or oxytocin versus expectant management for late-term pregnancies. 2015.Tesis.

26.-Ghidini A. Effects of two different protocols of oxytocin infusion for labor induction on obstetric outcomes: A cohort study. 2014.Tesis.

27.-Lawani O. Obstetric outcome and significance of labour induction in a health resource poor setting. Obstetrics and gynecology international, 2014. Tesis.

28.-Voon H. Cervical Ripening Balloon for Induction of Labour in High Risk Pregnancies. Med J Malaysia 2015; 70(4): 225.

29.-Haq A. Induction of labour in postdates pregnant women. J Coll Physicians Surg Pak 2013; 22: 644-7.

30.-Sheiner E, Sarid L, Levy A. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;18(3):149-54.

31.-Belghiti J, Kayem G, Dupont C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. BMJ Open. 2014;1(2):000514.

- 32.-Khireddine I, Le Ray C, Dupont C. Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk parturients. PLoS One. 2013;8(1):54858.
- 33.-Hinshaw K. A randomised controlled trial of early versus delayed oxytocin augmentation to treat primary dysfunctional labour in nulliparous women. BJOG. 2013;115(10):1289-95.
- 34.-Skrundz M, Bolten M, Nast I. Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. Neuropsychopharmacology. 2013;36(9):1886-93.
- 35.-Gu V, Feeley N, Gold I. Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. Birth. 2016;43(1):28-35.
- 36.-Massey S, Schuette SA, Pournajafi H. Interaction of oxytocin level and past depression may predict postpartum depressive symptom severity. Arch Womens Ment Health. 2016;19(5):799-808.
- 37.-Kroll AR, Nephew BC, Babb JA. Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. Depress Anxiety. 2017;34(2):137-146.
- 38.-Kleinbaun. D. Statistics in the health sciences : Survival analysis. New York: Springer – Verlag publishers; 2012 p. 78.
- 39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011.

**40.-.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú
:20 de julio de 2012.**

VII. ANEXOS

ANEXO N° 1

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO -EDIMBURGO (EPDS)

Por favor, marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) No tanto ahora	1
c) Mucho menos ahora	2
d) No , nada	3
2. He disfrutado mirar hacia delante	PUNTAJE
a) Tanto como siempre	0
b) Menos que antes	1
c) Mucho menos que antes	2
d) Casi nada	3
3. Cuando las cosas han salido mal me he culpado a mi misma innecesariamente	PUNTAJE
a) Si, la mayor parte del tiempo	0
b) Sí, a veces	1
c) No con mucha frecuencia	2
d) No, nunca	3
4. He estado nerviosa e inquieta sin tener motivo	PUNTAJE
a) No, nunca	0

b) Casi nunca	1
c) Si, a veces	2
d) Si, con mucha frecuencia	3
5. He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo	PUNTAJE
a) Si, bastante	0
b) Si, a veces	1
c) No, no mucho	2
d) No, nunca	3
6. Las cosas me han estado abrumando	PUNTAJE
a) Si, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto	0
b) Si, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre	1
c) No, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien	2
d) No, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre	3
7. Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	0
b) Si a veces	1
c) No, con mucha frecuencia	2
d) No, nunca	3
8. Me he sentido triste o desgraciada	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	0
b) Sí, bastante amenudo	1
c) No, con mucha frecuencia	2
d) No, nunca	3
9. Me he sentido tan desdichada que he estado llorando	PUNTAJE
a) Sí, la mayor parte del tiempo	0

b) Sí, bastante amenudo	1
c) Solo ocasionalmente	2
d) No, nunca	3
10. Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño	PUNTAJE
a) Si, bastante amenudo	0
b) A veces	1
c) casi nunca	2
d)Nunca	3
TOTAL	

ANEXO N° 02

Inducción de labor de parto con oxitocina como factor de riesgo asociado a depresión puerperal en el Hospital Belén de Trujillo

PROTOCOLO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____

1.3 Procedencia: _____

1.4. Estado Civil: _____

1.5. Paridad: _____

1.6. Edad gestacional: _____

1.7. Talla: _____

1.8. PPG: _____

1.9. IMC-Pregst. _____

1.10. HTA: _____

1.11. DM: _____

II. DATOS DE LA VARIABLE EXPOSICIÓN O INDEPENDIENTE:

Inducción de labor de parto: Si () No ()

Fármaco empleado: Oxitocina () Misoprostol ()

III. DATOS DE LA VARIABLE RESULTADO O DEPENDIENTE:

Depresión postparto: Si () No ()

Puntaje del inventario: _____