

Prevención, diagnóstico y manejo de la
depresión prenatal y posparto
en el primer y segundo niveles de atención

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica

GPC-SS-666-21



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



Av. Marina Nacional 60, piso 9, ala "B"
Col. Tacuba, D.T. Miguel Hidalgo,
C. P. 11410, Ciudad de México.
www.gob.mx/salud/cenetec

Publicado por CENETEC

© Copyright **Secretaría de Salud**, "Derechos Reservados". Ley Federal del Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) fue elaborada con la participación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron de que la información sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía; declaran que no tienen conflicto de interés y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecten su participación ni la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el Catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC; con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada institución.

Este documento puede reproducirse libremente dentro del Sistema Nacional de Salud y sin autorización escrita, sólo cuando sea usado para fines de enseñanza, en la práctica médica y en actividades no lucrativas. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el usuario pueda explotar o servirse comercialmente directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse directa o indirectamente con lucro de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la elaboración de esta GPC se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente y no sexista que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad, así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención**. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>

Actualización: **Total**.

ISBN en trámite.

GRUPO DE DESARROLLO

AUTORÍA

Dra. Angélica Ramírez Elías	Doctorado en ciencias de la educación	Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	Profesor de tiempo completo Editor en Jefe de Revista Enfermería Universitaria	Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería
Dra. Wendy Blanco Trejo	Maestría en Ciencias Médicas	Facultad de Medicina, Unidad de Postgrado, UNAM	Médico Familiar Adscrita a Unidad de Medicina Familiar (UMF) 61, Delegación México Poniente IMSS.	Asociación de Médicos de la UMF 21 del IMSS. A.C. (ASOME 21).
Dr. Gerardo de Jesús Reyes Díaz	Biología de la reproducción humana Ginecología y Obstetricia	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer)	Médico Adscrito al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia INPer Profesor asociado del curso de Ginecología y Obstetricia del INPer	Miembro Titular del Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia (COMEGO)
Dr. José Elpidio Andrade Pineda	Maestría en Terapia Familiar Medicina familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Profesor titular del curso de especialización en Medicina Familiar UMF No. 2	

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido	Medicina general	CENETEC	Coordinador de GPC	
Dr. Cristóbal León Oviedo	Medicina Interna	CENETEC	Coordinador de GPC	

BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

Lic. Alejandro Martínez Ochoa	Bibliotecología	CENETEC	Investigación documental	Asociación Mexicana de Bibliotecarios A.C
-------------------------------	-----------------	---------	--------------------------	---

VALIDACIÓN

Protocolo de Búsqueda				
Lic. Ma. Isabel Carrillo Montiel	Bibliotecología	INER	Encargada del Área de Publicaciones Periódicas y Recursos Electrónicos Oficina de biblioteca y editorial INER	Asociación Mexicana de Bibliotecarios A.C
Guía de Práctica Clínica				
Dr. David Valencia Monroy	Medicina Familiar	IMSS	Médico Familiar Operativo UMF 97 IMSS, Estado de México	
Dr. Hugo Seacatl Aguilar Talamantes	Maestría en Ciencias Médicas Psiquiatría	Hospital Regional de Psiquiatría Dr. Héctor H. Tovar Acosta, IMSS	Jefe del Departamento Clínico N51	

ÍNDICE

1. Aspectos Generales.....	5
1.1. Metodología	5
1.2. Actualización del año 2015 al 2021	6
1.3. Introducción	7
1.4. Justificación	10
1.5. Objetivos.....	11
1.6. Preguntas clínicas	12
2. Evidencias y Recomendaciones	13
2.1. Prevención	14
2.2. Detección.....	16
2.3. Tratamiento	19
2.4. Rehabilitación	24
2.5. Pronostico.....	25
3. Anexos	29
3.1. Diagramas de flujo.....	29
3.2. Cuadros o figuras.....	30
3.3. Listados de recursos	38
3.4. Protocolo de búsqueda	43
3.5. Cuadros de Evidencias	47
3.6. Escalas de gradación.....	48
3.7. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave	51
4. Glosario	52
5. Bibliografía	55
6. Agradecimientos.....	57
7. Comité Académico	58
8. Directorio Sectorial	59
9. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	60

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. Clasificación

Profesionales de la salud	Ginecología y obstetricia, Enfermería, Medicina familiar, Medicina General
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F32 Episodio depresivo. F33 Episodio depresivo recurrente. F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte. O99 Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio CIE-10: Depresión (aguda) (mental) F32.9, posnatal (NEOM) F53.0, posparto (NEOM) F53.0, puerperal, disforia, tristeza O90.6. Tristeza, posparto O90.6
Categoría de GPC	Primer nivel y segundo nivel
Usuarios potenciales	Médico general, médico familiar, personal de salud en formación, médico ginecoobstetra, médico psiquiatra, personal de, enfermería, personal de psicología
Tipo de organización desarrolladora	Secretaría de Salud Federal, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto Mexicano del Seguro Social, Universidad Nacional Autónoma de México.
Población blanco	Mujeres en etapa perinatal
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal , Secretaría de Salud.
Intervenciones y actividades consideradas	CIE-9: Depresión 311 - postparto 648.4. 648.51 Parto, con o sin mención de estado ante parto. 648.52 Parida, con mención de complicación postparto. 648.53 Estado o complicación ante parto. 648.54 Estado o complicación postparto.
Impacto esperado en salud	-Brindar las herramientas para la identificación temprana de la depresión y los trastornos en el período perinatal a los profesionales de la salud - Proporcionar a las pacientes el tratamiento eficaz basado en la mejor evidencia disponible para enfrentar los problemas de salud mental en el período perinatal y la mejora de los resultados de salud mental y calidad de vida para las mujeres, familiares y cuidadores primarios - Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y la mujer y su(s) pareja(s) - Ayudar a los profesionales de la salud para apoyar a las mujeres y su(s) pareja(s) en la toma de decisiones informadas. -Generar nuevos programas de detección y atención a mujeres con depresión prenatal y posparto para captar, tratar y/o referir de manera oportuna a las pacientes de problemas de salud mental en el período perinatal y así reducir su prevalencia e incidencia.
Aspectos que no cubre la GPC	Tratamiento en 3er nivel de atención
Metodología	Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación Publicación en el Catálogo Maestro
Búsqueda sistemática de la información	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: abril 2020 Número de fuentes documentales utilizadas: 274, del 1 de enero de 2015 al 30 de abril de 2020 y 20 fuentes utilizadas en la actualización, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía.
Conflicto de interés	Todos los integrantes del grupo de desarrollo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Año de publicación	Año de publicación: 2021 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

1.2.Actualización del año 2015 al 2021

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación, se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El título de la guía:

- Título desactualizado: **Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención.**
- Título actualizado: **Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención.**

2. La actualización en evidencias y recomendaciones se realizó en:

- **Promoción**
- **Prevención**
- **Detección**
- **Tratamiento**
- **Rehabilitación**
- **Pronóstico**

1.3.Introducción

Derivado a que el embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo del producto y que el buen desarrollo de este es esencial para establecer el vínculo adecuado entre la madre y el hijo, se le debe otorgar la relevancia que requiere (Place JMS, 2015), ya que el apego materno, los sentimientos y comportamientos de una madre hacia su hijo son cruciales para el desarrollo de los modelos de trabajo interno de los niños y el desarrollo de sus figuras de apego, determinados por la capacidad de respuesta de la madre a sus necesidades, ya que genera implicaciones para sus relaciones sociales a lo largo de la vida. (Nieto L, 2017)

La depresión es una enfermedad muy frecuente que es atendida por psiquiatras principalmente; pero también debería ser detectada y atendida tanto por médicos generales, como por los médicos familiares. (González-González A, 2019) Se estima que uno de cada cinco mujeres puede presentar depresión mayor a lo largo de su vida, siendo más susceptibles en algunos periodos como el síndrome pre-menstrual, menopausia, prenatal o en el posparto. (González-González A, 2019)

Durante el embarazo y puerperio cerca del 80% de las mujeres padecen algún tipo de alteración, las cuales pueden ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y llanto, angustia y dificultad de vincularse con su hijo, hasta situaciones graves como pensamientos suicidas. (Medina-Serdán E, 2013)

El embarazo (periodo prenatal) se ha asociado a cambios en distintas áreas de la vida, que pueden favorecer la aparición de trastornos depresivos en esta etapa del ciclo vital. Durante el embarazo existen modificaciones físicas, psicológicas y sociales que requieren el desarrollo de nuevas habilidades para el nacimiento de un hijo, nuevas responsabilidades y el rol social que se genera, lo que puede conllevar a altos niveles de estrés. (Huber MO, 2015) La depresión prenatal o perinatal es una condición común que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo; (Lara MA, 2015) en países desarrollados oscila entre 2% al 21%; (Lara MA, 2015) estudios internacionales reportan que entre un 6% y un 38% de las mujeres sufren de depresión durante o después del embarazo (Huber MO, 2015), en América Latina, se ha reportado tasas obtenidas mediante entrevistas para depresión que pueden oscilar entre 12.3% al 14%, mientras que los síntomas depresivos se reportan hasta en 24.3% cuando son obtenidos mediante la Escala de depresión postnatal de Edimburgo; y de 30.7% hasta 34.7% obtenido por la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Lara MA, 2015), por lo que existe una variabilidad dependiendo las herramientas que se usan para su detección, lo que debería estar más estandarizado por su relevancia.

En México se ha reportado con un prevalencia de 9% inicial y de 13.8% a las seis semanas del embarazo (Lara MA, 2015), esto es uno de los predictores más fuertes de la depresión posparto y se asocia a un comportamiento de salud deficiente, mayor probabilidad de tener un parto prematuro, bajo peso al nacer en los productos, desnutrición, así como de inhibir la capacidad de la mujer para realizar sus actividades diarias, generando efectos negativos en su autocuidado y el de su producto reflejado en su calidad de vida. (Lara MA, 2015)

La patología denominada Baby Blues se describe como una alteración del estado de ánimo, debida a cambios hormonales, psicológicos y sociales, con intensidad y duración variable, la cual aparece entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas de dicha patología son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al parto, y no requieren de atención médica y/o psicológica. (Medina-Serdán E, 2013)

La depresión posparto se designa en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), como un episodio depresivo mayor con inicio periparto. (Place JMS, 2015) El puerperio o periodo posparto, se define como aquel tiempo posterior al parto que dura seis semanas aproximadamente; dicho momento es el tiempo de adaptación después del parto cuando se revierten los cambios anatómicos y fisiológicos que presentó la madre durante el embarazo y su cuerpo regresa al estado previo a la gestación. En este lapso, ocurren diversos cambios a nivel neuroendocrino y psicosocial; pudiendo así generar en la madre una depresión posparto; que se define como un episodio de depresión mayor que es asociado temporalmente al parto, con un inicio dentro de los 12 meses siguientes al parto y que los síntomas deben estar presentes casi a diario durante al menos dos semanas. (Solis-Solano M, 2019) (Contreras-Carretero NA, 2014).

Los síntomas que se incluyen en la depresión mayor postparto abarcan desde; sentimiento de tristeza, manifiestan no tener esperanza durante todo el día, sensación de pérdida del interés o placer, disminución o pérdida del apetito, insomnio o hipersomnia, percepción de inquietud o enlentecimiento en sus actividades, fatiga, pérdida de energía durante el día, desatención de las actividades importantes y pensamientos de muerte sin un plan estructurado; generando disfunción social. (Solis-Solano M, 2019)

La depresión posparto tiene una prevalencia estimada del 13% para los países de altos ingresos y hasta del 20% para los países de medianos y bajos ingresos, ya que se asocia con múltiples problemas sociales y de salud para las mujeres y los bebés como lo son la depresión prolongada y el suicidio materno, apego débil entre la madre y el bebé, la interrupción temprana de la lactancia materna (Place JMS, 2015) y el retraso en el desarrollo cognitivo y crecimiento de los niños (Place JMS, 2015), incremento del riesgo para el desarrollo de depresión en las distintas etapas del ciclo vital, así como problemas conductuales y emocionales en hijos de madres deprimidas (Huber MO, 2015); por lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han recomendado que se preste mayor atención a las habilidades, actitudes y capacidad de los profesionales de la salud para mejorar el reconocimiento y la asistencia apropiados en dicha patología (Place JMS, 2015), pues hay reportes que afecta hasta al 56 % de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros cuatro meses tras el nacimiento de su bebé, teniendo un pico máximo en el primer mes, con duración hasta el año después del parto, debido al gran cambio que se produce con la llegada de un niño; así mismo se ha reportado prevalencia de 10 a 15 % a nivel mundial, la cual se observa más en púrpuras por primera vez y en adolescentes. (González-González A, 2019) Reportes de Suecia y Estados Unidos describieron tasas de sintomatología depresivas posparto de 2% y 6.3%, respectivamente, pero cabe resaltar que, al utilizar un instrumento de tamizaje como la

Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo, las cifras se incrementan hasta 35.4% utilizando un punto de corte 9/10. (Huber MO, 2015) En México, un estudio realizado en el 2015, reportó una prevalencia del 13.3% a los seis meses después del parto y una incidencia de depresión posparto del 10% a las seis semanas y posteriormente del 8.2% a los seis meses. (Lara MA, 2015)

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo para la depresión posparto es tener antecedente de este trastorno previamente al embarazo, depresión anteriormente y carecer de mecanismos de apoyo eficaces. Otros antecedentes de riesgo: intentos de suicidio previos, intentos de suicidio en familiares cercanos, historial de comportamientos impulsivos, antecedentes de hospitalización previos y violencia intrafamiliar durante la gestación o en el último año, drogadicción, alejamiento social o de su núcleo familiar, conflictos de pareja y problemas legales, ausencia de pareja, bajos ingresos, edades extremas de la madre, altos niveles de estrés e inadecuada capacidad de enfrentarlo, abuso de sustancias (alcohol y/o drogas), violencia intrafamiliar; y también hay factores que se cree que aumentan el riesgo como son: madres que lastiman a sus hijos, edad joven, poco o ningún control prenatal, no tener planes a futuro, embarazos no deseados (Solis-Solano M, 2019) (González-González A, 2019) (Nieto L, 2017) (Huber MO, 2015), e inclusive la tristeza materna (maternity blues o baby blues) (Romero-Gutiérrez G, 2010), por mencionar los más relevantes.

1.4. Justificación

Algunos reportes internacionales indican que el diagnóstico de mujeres con depresión postnatal se incrementa con el tiempo: un 10% es diagnosticada a las 8 semanas postparto; 22% a los 12 meses posparto, lo que indica la necesidad de mejorar la precisión de los procedimientos diagnósticos. (Huber MO, 2015)

La alta probabilidad de presentar depresión prenatal y posparto en nuestro país genera un problema muy importante en la atención de primer y segundo nivel pues la falta de información y subestimación de esta patología conlleva a un subdiagnóstico y por ende mal tratamiento otorgado por los profesionales de la salud lo que genera afectaciones importantes en el binomio madre-hijo, alteraciones en las relaciones sociales, en el desarrollo del producto psicológicas como del desarrollo; por lo anterior se necesitan intervenciones en los primeros niveles de atención, por lo que es necesario el desarrollo y distribución de la información esencial más actualizada para que los profesionales en la salud mejoren las habilidades de atención médica para detectar, tratar y si en necesario enviar a 3er nivel a las pacientes con depresión prenatal y posparto, permitiendo garantizar una atención de mejor calidad, la cual se traducirá en un desarrollo adecuado del producto y una atención oportuna y certera a la madre evitando se desarrolle la historia natural de la enfermedad por depresión así como las complicaciones implícitas en el producto y en la madre.

1.5.Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención** forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer y segundo niveles** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Presentar recomendaciones basadas en evidencia para los integrantes de equipos de salud interprofesionales en entornos de primer y segundo nivel de atención para mejorar la calidad de las intervenciones en mujeres con depresión perinatal, su familia y comunidad a través de la implementación de: detección, evaluación, prevención, coordinación y referencia.**
- **Aportar herramientas de utilidad para facilitar la identificación temprana de la depresión en pacientes en el período perinatal.**
- **Otorgar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para apoyar la detección oportuna y otorgar un tratamiento integral a la paciente y su pareja en el periodo prenatal y posnatal.**
- **Auxiliar la toma de decisiones informadas en la atención de la mujer y su pareja en el periodo prenatal y posnatal.**

Lo anterior favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6.Preguntas clínicas

1. En las mujeres con embarazo y factores para desarrollar depresión prenatal, ¿la consejería pregestacional multidisciplinaria en el 1er y 2do nivel de atención reduce el riesgo de desarrollar depresión prenatal?
2. En las mujeres en etapa perinatal, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de los Criterios de Edimburgo para el diagnóstico de DPP?
3. En las mujeres embarazadas, ¿es mejor la terapia conductual temprana comparada con solo terapia farmacológica para evitar depresión prenatal?
4. En las mujeres en con DPP ¿es mejor el uso de antidepresivos terapia farmacológica comparado con la terapia cognitiva conductual?
5. En las mujeres con DPP, ¿la confirmación del apego a los diferentes tratamientos, reduce el riesgo de recaída?
6. En las mujeres con DPP tratadas en primer nivel de atención ¿Cuál es el mejor tratamiento para evitar recaída, antidepresivos atípicos vs estabilizadores del ánimo?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

En apego al Manual Metodológico para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud¹, las evidencias y recomendaciones incluidas en esta GPC fueron realizadas en respuesta a los criterios de priorización de las principales enfermedades en el Sistema Nacional de Salud. Por consiguiente, se convocó a un grupo de desarrollo interdisciplinario de expertos que delimitaron el enfoque, los alcances y las preguntas clínicas, que llevaron a cabo la búsqueda sistemática y exhaustiva de la información científica y al obtener los documentos realizaron la lectura crítica, extracción y síntesis de la evidencia. A continuación, formularon las recomendaciones tomando en cuenta el contexto de la evidencia según el rigor y la calidad metodológica de los estudios, considerando la magnitud del riesgo-beneficio, costo-efectividad, valores y preferencias de los pacientes, así como la disponibilidad de los insumos; finalmente se envió la GPC para validación por expertos externos. Al contar con la versión final de la GPC, se presentó para su autorización al Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para su publicación y difusión en el Catálogo Maestro².

Los autores utilizaron para graduar las evidencias y recomendaciones, la escala³: **GRADE, SIGN**.

Logotipos y su significado empleados en los cuadros de evidencias y recomendaciones de esta guía⁴.



Evidencia: información científica obtenida mediante la búsqueda sistemática, que da respuesta a una pregunta clínica precisa y específica. Debe incluir la descripción del estudio, tipo de diseño, número de pacientes, características de los pacientes o de la población, contexto de realización, intervenciones, comparadores, medidas de resultados utilizados, resumen de los resultados principales, comentarios sobre los problemas específicos del estudio y evaluación general del estudio.



Recomendación clave: acción con el mayor impacto en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, reducción en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.



Recomendación: acción desarrollada de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud más apropiada a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Debe existir una relación lógica y clara entre la recomendación y la evidencia científica en las que se basan, tiene que ser concisa, fácil de comprender y contener una acción concreta.



Punto de buena práctica (PBP): sugerencia clínica realizada por consenso de expertos, cuando la información obtenida de la búsqueda sistemática fue deficiente, controvertida, inexistente o con muy baja calidad de la evidencia, por lo tanto, no se graduará, con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud.

¹ Metodología para la integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf [Consulta 28/01/2019].




² Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). México: Secretaría de Salud. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-94842> [Consulta 28/01/2019].




³ Las evidencias y recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base conservaran la graduación de la escala original utilizada por cada una de ellas.

⁴ Modificado del Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo]

2.1.Prevencción




Pregunta 1. En las mujeres en etapa perinatal y factores para desarrollar depresión en esta etapa, ¿la consejería pregestacional multidisciplinaria en el 1er y 2do nivel de atención reduce el riesgo de desarrollar depresión prenatal?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Una revisión sistemática de Hollowell et al. (2011) de estudios experimentales u observacionales con un grupo de control o comparador evaluó la efectividad de las intervenciones prenatales para reducir mortalidad infantil y parto prematuro en mujeres socialmente desfavorecidas y vulnerables en países de altos ingresos; 36 estudios incluidos en la revisión cubrieron una amplia variedad de intervenciones que incluyen atención prenatal grupal, programas de visitas domiciliarias, atención materna coordinación de cuidados y programas nutricionales. Siete intervenciones (p. ej., atención prenatal grupal) se identificaron como indicadores de un posible beneficio efecto sobre los nacimientos prematuros o la mortalidad infantil, de los cuales tres intervenciones (p. ej. programas) se consideraron complementos potencialmente prometedores de la atención prenatal estándar.</p>	<p>Alta GRADE NICE, 2014</p>
	<p>Referir a mujeres con antecedentes o problemas de salud mental graves para recibir consejería previa a la concepción preferiblemente un servicio especializado en salud mental perinatal.</p>	<p>Fuerte GRADE NICE, 2014</p>
	<p>Los tratamientos para la depresión prenatal incluyen psicoterapias y enfoques farmacológicos, según la gravedad de los síntomas y respuesta al tratamiento. Las opciones de atención pueden ser complejas y limitadas debido a preocupaciones de daño potencial al feto en desarrollo o apoyos y servicios disponibles.</p> <p>Las psicoterapias, incluida la consejería, la Terapia cognitivo conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP), resultan eficaces como estrategias de prevención. La consejería proporciona una escucha y reflexión empáticas. La TCC se centra en las distorsiones cognitivas, las emociones negativas y los comportamientos resultantes. TIP se enfoca en la comunicación y las interacciones con otros para fortalecer las relaciones. Estas formas de psicoterapia, cuando son proporcionadas por enfermeras capacitadas y otros miembros del equipo interprofesional, pueden brindarse en formatos individuales o grupales durante el embarazo o el posparto (Chen Y, 2011).</p>	<p>1+ SIGN Wallace K, 2018</p>

	<p>Ofrecer psicoterapias, incluida la consejería, la Terapia cognitivo conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP), resultan eficaces como estrategias de prevención en la depresión perinatal. La consejería proporciona una escucha y reflexión empáticas. La TCC se centra en las distorsiones cognitivas, las emociones negativas y los comportamientos resultantes. TIP se enfoca en la comunicación y las interacciones con otros para fortalecer las relaciones. Estas formas de psicoterapia, cuando son proporcionadas por enfermeras capacitadas y otros miembros del equipo interprofesional, pueden brindarse en formatos individuales o grupales durante el embarazo o el posparto.</p>	<p>B SIGN <i>Wallace K, 2018.</i></p>
	<p>En una revisión sistemática de la USPSTF (the US Preventive Services Task Force) realizada en 2018 que incluyó 50 estudios (N= 22 385) cuyo objetivo fue medir la efectividad de las intervenciones para la prevención de la depresión perinatal, se encontró que en 17 ensayos clínicos aleatorizados (n= 3094) las intervenciones de consejería fueron asociadas a una menor probabilidad de desarrollar depresión perinatal en comparación con el grupo control con un riesgo acumulado de RR= 0.61 (IC 95%= 0.47-0.78), heterogeneidad moderada $I^2=39.0\%$. La diferencia absoluta en el riesgo de depresión perinatal mostró una reducción del 1.3% en el grupo control frente a una reducción del 31.8% en el grupo de intervención. El tiempo de seguimiento promedio fue de 26 semanas posparto (mínimo de 6 y máximo de 52 semanas). Estos hallazgos muestran que las intervenciones de consejería son eficaces para prevenir depresión perinatal con enfoque en mujeres con mayor riesgo de desarrollar depresión perinatal.</p>	<p>1+ SIGN <i>O'Connor E, 2019</i></p>
	<p>En mujeres con factores de riesgo para desarrollar depresión perinatal las intervenciones de consejería han mostrado ser eficaces en la prevención de depresión durante esta etapa.</p>	<p>B SIGN <i>O'Connor E, 2019</i></p>

2.2. Detección

Pregunta 2. En las mujeres en etapa perinatal, ¿cuál es la sensibilidad y especificidad de los criterios de la Escala de depresión posparto de Edimburgo para el diagnóstico de DPP?

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>En una revisión sistemática con once artículos de calidad metodológica de adecuada a excelente se encontró 7 herramientas con diferentes niveles de precisión, sensibilidad y especificidad, incluida la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo. La Escala de Depresión Postparto de Edimburgo fue la más común y tuvo el mayor nivel de precisión. La sensibilidad y la especificidad de EPDS es alto, con valores de $Se=.770$ y $Sp=.965$ lo que indica un alto nivel de precisión en la detección de depresión en mujeres embarazadas en entornos de bajos recursos y poblaciones homogéneas. Cuando surgen variaciones se atribuyen a la metodología empleada.</p>	<p>Alta GRADE <i>Chorwe-Sungani G, 2017.</i></p>
	<p>La EDPE es un cuestionario auto informado de 10 ítems sobre los sentimientos de depresión experimentados en el período posnatal en los últimos 7 días; cada ítem se califica con puntajes que varían de 0 a 3. La EDPE es más corto en comparación con otros instrumentos y tarda unos 5 minutos en completarse. Factores como la edad (mujeres embarazadas adolescentes) o con enfermedades concomitantes como VIH pueden modificar la sensibilidad del EDPE.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Chorwe-Sungani G, 2017</i></p>
	<p>En la revisión sistemática con calidad metodológica de adecuada a excelente se sugiere que la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo puede ser un instrumento de preferencia adecuado para el cribado de la depresión prenatal en entornos de bajos recursos debido al nivel informado de precisión, sensibilidad y especificidad. La EDPE cumple los criterios de brevedad y validez con una alta sensibilidad, alta especificidad y el más alto nivel de precisión (0.965); características importantes en la detección de no casos. Aunque el K-10 tuvo la mejor sensibilidad agrupada ($Se=0.91$), el EPDS tuvo la mejor especificidad agrupada ($Sp=0.81$). El BDI tuvo un buen equilibrio de sensibilidad/especificidad ($Se=0.85$ y $Sp=0.76$) respectivamente, pero el equilibrio de sensibilidad/especificidad de EPDS fue más ideal con una especificidad más alta (importante en la detección de no casos) y una sensibilidad adecuada ($Se=0.80$).</p>	<p>Alta GRADE <i>Chorwe-Sungani G, 2017.</i></p>

	<p>La EDPE es un instrumento adecuado en el cribado de rutina para distinguir entre mujeres embarazadas deprimidas y no deprimidas, cumple con las características de ser económico, fácil de administrar, causar una molestia mínima y tener una alta fiabilidad y validez. La EDPE puede ser un instrumento de preferencia adecuado para detectar la depresión prenatal en entornos de bajos recursos y su nivel de precisión es alto en diversos entornos. La EDPE es una herramienta fácil y barata para que los equipos de salud administren durante las atenciones prenatales y puede ayudar a identificar a las mujeres embarazadas en riesgo de depresión.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Chorwe-Sungani G, 2017</i></p>
	<p>La EDPE tiene una sensibilidad entre el 59-100% y una especificidad que varía entre 49-100%. El instrumento fue diseñado y validado en mujeres durante la etapa perinatal. La EDPE se puede completar en menos de 10 minutos y tienen una sensibilidad que varía de 45 a 100% y una especificidad que varía de 72 a 100%. Es una de las herramientas más comunes que se utilizan en todo el mundo para detectar la depresión en mujeres. Ha sido validado específicamente en poblaciones perinatales y varios estudios han demostrado su aceptabilidad para las mujeres. Fue desarrollada por Cox y sus colaboradores en 1987.</p>	<p>Alta GRADE <i>Williams, J. 2014.</i></p>
	<p>La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDE) es la herramienta de detección de depresión recomendada para el período perinatal. La literatura apoya la administración de la EPDE por teléfono, cara a cara, correo e Internet. Se ha demostrado que todas las formas de administración son válidas.</p>	<p>Fuerte GRADE <i>Williams, J. 2014.</i></p>
	<p>Se ha demostrado que la EPDS es válida como herramienta de detección de la depresión posparto en cualquier momento entre tres días y dos años después del parto (aunque el período posparto generalmente se considera hasta un año posparto). La aparición de DPP es más alta en los primeros tres meses posparto, pero puede comenzar en cualquier momento hasta los 12 meses. Si la EPDS se va a administrar universalmente solo una vez durante el período posparto, el período de tiempo es entre seis y 16 semanas después del parto. Este plazo equilibra los beneficios del tratamiento para mujeres que experimentan DPP de inicio temprano con el riesgo de descartar mujeres que experimenta DPP de inicio tardío.</p>	<p>Alta GRADE <i>Williams, J. 2014</i></p>

	Como recomendación alternativa, sería administrar universalmente la EPDS antes de las ocho semanas posparto y repetir el examen entre los cuatro y los seis meses para las mujeres con puntajes moderados en el examen inicial.	Fuerte GRADE <i>Williams, J. 2014</i>
	La experiencia clínica determina que la detección temprana de problemas y trastornos de salud mental mejora los resultados tanto para la madre como para el bebé; por lo que se debe implementar el uso de la herramienta de detección de EDPE donde existen patrones de atención; sin embargo, la EDPE no es diagnóstica, el estándar de oro es la entrevista diagnóstica, confirmada con los criterios en el DSM-V.	Alta GRADE <i>Williams, J. 2014.</i>
	La EDPE es una escala recomendada para la detección temprana de problemas y trastornos de salud mental; sin embargo, tome en cuenta que la EPD no es diagnóstica, el estándar de oro es la entrevista diagnóstica confirmada con los criterios en el DSM-V.	Fuerte GRADE <i>Williams, J. 2014.</i>
	La EDPE tiene una sensibilidad entre el 59-100% y una especificidad que varía entre 49-100%. El instrumento fue diseñado y validado en mujeres durante la etapa perinatal. La EDPE se puede completar en menos de 10 minutos y tienen una sensibilidad que varía de 45 a 100% y una especificidad que varía de 72 a 100%. Es una de las herramientas más comunes que se utilizan en todo el mundo para detectar la depresión en mujeres. Ha sido validado específicamente en poblaciones perinatales y varios estudios han demostrado su aceptabilidad para las mujeres, fue desarrollada por Cox y sus colaboradores en 1987.	Alta GRADE <i>Williams, J. 2014.</i>
	La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDE) es la herramienta de detección de depresión recomendada para el período perinatal.	Fuerte GRADE <i>Williams, J. 2014.</i>
	La literatura apoya la administración de la EPDE por teléfono, cara a cara, correo e Internet. Se ha demostrado que todas las formas de administración son válidas.	Fuerte GRADE <i>Williams, J. 2014.</i>

E	<p>La valoración de la depresión posnatal ha sido evaluada por el Comité Nacional de Evaluación (NSC) del Reino Unido; se llegó a la conclusión de que "la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE) no debe utilizarse como herramienta de detección"; sin embargo, puede servir como una lista de verificación como parte de una evaluación del estado de ánimo para las madres postparto, debe acompañarse junto con el juicio profesional y una entrevista clínica.</p> <p>Una revisión sistemática identificó tres estudios que validaron la EDPE en el período prenatal. El valor predictivo positivo (VPP) para la depresión mayor prenatal osciló entre 60 - 88%. Una revisión sistemática Cochrane de dos ensayos controlados aleatorios (ECA) concluyó que, aunque el uso de herramientas de evaluación psicosocial prenatal, EDPE y Evaluación de salud psicosocial prenatal (ALPHA), puede aumentar la conciencia del médico sobre el riesgo psicosocial, no hay pruebas suficientes de que la evaluación de rutina en sí misma conduce a mejores resultados de salud mental perinatal.</p>	<p>4 SIGN <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012</i></p>
R_c	<p>La Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EDPE) no debe utilizarse como herramienta de detección" rutinaria; puede servir como una lista de verificación como parte de la valoración del estado de ánimo para las mujeres postparto, El profesional que la administre debe tener capacitación en su uso apropiado.</p>	<p>D SIGN <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012</i></p>

2.3. Tratamiento

Pregunta 3. En las mujeres embarazadas, ¿es mejor la terapia conductual temprana comparada con solo la terapia farmacológica para evitar depresión prenatal?

E	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
E	<p>En un meta-análisis de 10 ensayos clínicos aleatorizados en embarazadas en la atención primaria se encontró que la terapia conductual demostró ser más eficaz en disminuir la sintomatología depresiva posterior a la intervención en un 36% en comparación con el tratamiento habitual, que comprendió el uso de fármacos antidepresivos y la referencia al especialista ($I^2= 4\%$, IC 95% = -0.52 a -0.21). Esta mejoría se mantuvo sólo en 21% a los 6 meses de seguimiento posterior a la intervención ($I^2=26\%$, IC 95% = -.37 a -0.05).</p>	<p>1+ SIGN <i>Stephens S, 2016</i></p>

	Se recomienda utilizar la Terapia conductual en la prevención de la depresión posparto en la atención primaria. Así como evaluarla a los 4 y 6 meses posterior a la intervención.	B SIGN <i>Stephens S, 2016</i>
	Se ha reportado que varias psicoterapias, incluida la consejería no dirigida, la TCC y la terapia interpersonal, son eficaces como estrategias de prevención. Estas formas de psicoterapia, cuando son administradas por enfermeras capacitadas y miembros del equipo interprofesional, se pueden proporcionar en formatos individuales o grupales durante el embarazo o el posparto. En un estudio, los participantes en riesgo de depresión posparto pero que no habían desarrollado síntomas de depresión fueron asignados al azar para recibir atención de enfermería estándar o una intervención para aprender habilidades cognitivas de resolución de problemas. Los resultados indicaron una reducción para ambos grupos en la sintomatología depresiva, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención.	2++ SIGN <i>Wallace K, 2018</i>
	La TCC ha mostrado efectividad como herramienta de prevención de depresión perinatal. Puede ser aplicada a nivel individual o grupal durante el embarazo o posparto. Se ha reportado que en pacientes con factores de riesgo para depresión posparto la TCC disminuye la sintomatología depresiva medida con el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención.	C SIGN <i>Wallace K, 2018</i>
	Se recomienda aplicar el inventario de Beck y la EDPE a las mujeres en cualquier etapa de la gestación.	PBP
	Tras la obtención del puntaje del inventario de Beck (más de 10 ítems) y la EDPE (>10) se debe canalizar a la paciente a un servicio de terapia cognitivo conductual, para prevenir la depresión perinatal y en caso de no resultar efectiva la terapia deberá canalizarse a 3er nivel para su abordaje.	PBP

Pregunta 4. ¿En las mujeres con depresión perinatal, es mejor el uso de antidepresivos, comparado con la terapia cognitivo conductual?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="191 407 337 537" data-label="Image"> </div> <p>En un Meta-análisis, el análisis de los estudios de prevención evaluó el cambio en los síntomas depresivos del pretratamiento con Terapia Cognitivo Conductual (TCC) al pos tratamiento, controlando los síntomas depresivos previos al tratamiento, entre los estudios de prevención. De los 8 estudios incluidos, 4 informaron reducciones significativamente mayores en los síntomas depresivos en las condiciones de tratamiento en comparación con las condiciones de control, con una g de Hedges de -0.01 a 0.96. El tamaño del efecto general fue de 0,39 (IC del 95%: 0,17 a 0,60, $p < 0,001$), lo que indica reducciones significativamente mayores en los síntomas depresivos en las condiciones de tratamiento en comparación con las condiciones de control, con un tamaño del efecto en un rango de pequeño a moderado. El análisis de los estudios de prevención, evaluó la diferencia en la prevalencia de episodios depresivos posparto en condiciones de tratamiento en comparación con las condiciones de control. De los 12 estudios incluidos, 3 informaron que las condiciones de tratamiento tenían tasas significativamente más bajas de episodios depresivos posparto en comparación con las condiciones de control, con OR que oscilaban entre 0,27 y 1,59. El tamaño del efecto general fue de 0,64 (IC 95%: 0,49-0,85, $p < 0,01$), lo que representa una reducción del 36% en el riesgo de episodios depresivos posparto en los grupos que recibieron intervención de TCC en comparación con las condiciones de control.</p>	<p>1+ SIGN</p> <p><i>Sockol L.E, 2015</i></p>
<div data-bbox="191 1346 337 1476" data-label="Image"> </div> <p>Las intervenciones de la Terapia Cognitivo Conductual resultaron en reducciones significativas en los síntomas depresivos en comparación a la condición de control en los estudios de prevención. Los individuos que recibieron terapia cognitivo conductual que disminuyeron significativamente la tasa de episodios depresivos posparto en comparación con las condiciones de control.</p>	<p>B SIGN</p> <p><i>Sockol L.E, 2015</i></p>
<div data-bbox="191 1667 337 1797" data-label="Image"> </div> <p>El uso de la terapia cognitivo conductual es efectiva para prevenir la depresión perinatal. Esta intervención permite reducciones significativas en los síntomas depresivos.</p>	<p>B SIGN</p> <p><i>Sockol L.E, 2015</i></p>


	En un meta-análisis de 10 ensayos clínicos aleatorizados en embarazadas en la atención primaria se encontró que la terapia conductual demostró ser más eficaz en disminuir la sintomatología depresiva posterior a la intervención en un 36% en comparación con el tratamiento habitual, que comprendió el uso de fármacos antidepresivos y la referencia al especialista ($I^2= 4\%$, IC 95%= -0.52 a -0.21). Esta mejoría se mantuvo sólo en 21% a los 6 meses de seguimiento posterior a la intervención ($I^2=26\%$, IC 95%= -0.37 a -0.05).	1+ SIGN <i>Stephens S, 2016</i>
	Los autores concluyeron que las intervenciones psicológicas son una opción de tratamiento válida para la atención de la depresión postnatal en la atención primaria y representan una alternativa para las madres que no desean tomar fármacos antidepresivos.	B SIGN <i>Stephens S, 2016</i>
	Se recomienda utilizar la Terapia conductual en la prevención de la depresión posparto en la atención primaria. Así como evaluarla a los 4 y 6 meses posteriores a la intervención.	B SIGN <i>Stephens S, 2016</i>
	Se ha reportado que varias psicoterapias, incluida la consejería no dirigida, la TCC y la terapia interpersonal, son eficaces como estrategias de prevención. Estas formas de psicoterapia, cuando son administradas por enfermeras capacitadas y miembros del equipo interprofesional, se pueden proporcionar en formatos individuales o grupales durante el embarazo o el posparto. En un estudio, los participantes en riesgo de depresión posparto pero que no habían desarrollado síntomas de depresión fueron asignados al azar para recibir atención de enfermería estándar o una intervención para aprender habilidades cognitivas de resolución de problemas. Los resultados indicaron una reducción para ambos grupos en la sintomatología depresiva, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención.	2++ SIGN <i>Wallace K, 2018</i>
	La TCC ha mostrado efectividad como herramienta de prevención de depresión perinatal. Puede ser aplicada a nivel individual o grupal durante el embarazo o posparto. Se ha reportado que en pacientes con factores de riesgo para depresión posparto la TCC disminuye la sintomatología depresiva medida con el Inventario de Depresión de Beck antes y después de la intervención.	C SIGN <i>Wallace K, 2018</i>
	Se recomienda el uso de terapia cognitivo conductual durante el embarazo con enfoque en el grupo con factores de riesgo para desarrollar depresión perinatal.	C SIGN <i>Wallace K, 2018</i>

	<p>Los antidepresivos, en la paciente embarazada, deben restringirse cuando existen posibles efectos adversos y cuando las intervenciones no farmacológicas resulten poco efectivas. Se recomienda su uso en la depresión con síntomas moderados, su uso debe reservarse para trastornos mentales graves en el periodo pre o posnatal (Howard 2014).</p>	<p>Alta Grade <i>Clinical guideline NICE, 2014</i></p>
	<p>Factores que determinan la elección del tratamiento farmacológico para la paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historial clínico con enfoque al éxito en el tratamiento farmacológico previo. • El uso de psicotrópicos, tolerancia y riesgo de efectos adversos • Perfil de tolerancia a los efectos secundarios • Respuesta al tratamiento previo • Efectos adversos del medicamento • Predominio de síntomas: depresivos, ansiosos o mixtos 	<p>Fuerte Grade <i>Clinical guideline NICE, 2014</i></p>
	<p>Los antidepresivos durante la etapa pre y posnatal se clasifican en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram • Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina • Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO): fenelzina • Inhibidores de la recaptura de noradrenalina-dopamina (NDRI): bupropión • Inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina (IRSN): venlafaxina, duloxetina 	<p>Fuerte Grade <i>Clinical guideline NICE, 2014</i></p>
	<p>El uso de antidepresivos en las pacientes con depresión pre y posnatal están recomendados cuando las intervenciones no farmacológicas resultan poco efectivas, se debe consignar en la historia clínica los antecedentes completos de la paciente (uso, tolerancia y dosis previa) antes del inicio de la terapéutica.</p>	<p>PBP</p>

2.4. Rehabilitación



Pregunta 5. En las Mujeres con DPP, ¿la confirmación del apego a los diferentes tratamientos, reduce el riesgo de recaída?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="198 474 344 604" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="394 464 1190 783">El cribado y la evaluación psicosocial proporcionan información del estado de salud mental general de la mujer y la presencia de factores de riesgo psicosocial, pero no proporcionan un diagnóstico. Los pasos iniciales después de estas evaluaciones incluyen determinar si se requiere una evaluación integral de la salud mental que puede conducir a un diagnóstico psiquiátrico e identificar apoyos y servicios adaptados a las necesidades de la mujer. Es importante tener en cuenta las siguientes condiciones y los tipos de enfoques que pueden ser apropiados:</p> <ul data-bbox="443 787 1190 1696" style="list-style-type: none"> • Las mujeres con síntomas de moderados a graves requerirán una evaluación integral de la salud mental; el tratamiento posterior probablemente incluirá tratamiento farmacológico, apoyo psicosocial continuo y posiblemente terapia psicológica una vez que los medicamentos se hayan hecho efectivos. • Las mujeres con antecedentes de una enfermedad mental grave requerirán evaluación integral de la salud mental antes de la concepción o en el período prenatal y apoyo adicional especialmente en el período posnatal temprano. • Las mujeres con síntomas leves a moderados pueden requerir una evaluación integral de la salud mental y también pueden beneficiarse de alguna forma de terapia psicológica además del apoyo psicosocial. • Las mujeres que experimentan síntomas leves de depresión o ansiedad en el período posnatal temprano pueden beneficiarse de apoyo práctico y emocional (por ejemplo, consejos sobre la crianza de los hijos, bebés inquietos, falta de sueño) y seguimiento para determinar la eficacia de dicho apoyo. • Las mujeres sin síntomas actuales pero que experimentan un riesgo psicosocial significativo (por ejemplo, una separación reciente) pueden beneficiarse del apoyo psicosocial continuo. <p data-bbox="394 1728 1190 1885">Es posible que las mujeres con una condición de salud mental preexistente ya estén bajo el cuidado de un médico tratante, psicólogo y/o psiquiatra dependiendo de la naturaleza y gravedad de su condición. Sin embargo, se requiere una evaluación integral de la salud mental si la</p>	<p data-bbox="1323 1079 1425 1136">Alta GRADE</p> <p data-bbox="1255 1144 1487 1270"><i>Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group, 2017</i></p>

	<p>mujer tiene, o se sospecha que tiene, una recurrencia o una nueva aparición de una condición de salud mental grave, pensamientos suicidas o evidencia de daño a sí misma o al bebé, o hacia otros niños bajo su cuidado pueden estar en riesgo de daño.</p>	
	<p>Es recomendable realizar un cribado y evaluación psicosocial del estado de salud mental general de la mujer con base en la presencia de factores de riesgo psicosocial. Determinar la necesidad de una evaluación integral de la salud mental que puede conducir a un diagnóstico psiquiátrico e identificar apoyos y servicios adaptados a las necesidades de la mujer.</p> <p>Las mujeres con antecedentes de una enfermedad mental grave requerirán evaluación integral de la salud mental antes de la concepción, durante el período prenatal y apoyo adicional especialmente en el período posnatal temprano.</p>	<p>Fuerte GRADE</p> <p><i>Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group, 2017.</i></p>

2.5. Pronostico

Pregunta 6. En las mujeres con DPP tratadas en primer nivel de atención ¿Cuál es el mejor tratamiento para evitar recaída, antidepresivos atípicos vs estabilizadores del ánimo?

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los ISRS en general han mostrado un pequeño aumento en el riesgo de aborto espontáneo con un OR 1.8, de prematuridad con un OR ajustado de 1.4 y Bajo peso al nacer (OR ajustado de 1.2). Para los ISRS, el riesgo de teratogenicidad no es grande, con la expectativa de que la mayoría de los bebés expuestos deberían de nacer sin malformaciones congénitas importantes. Se han asociado con un riesgo muy leve de defectos cardíacos. Para fluoxetina: se ha demostrado un pequeño aumento del riesgo de defectos cardíacos (incidencia hasta 3%, esperado 1%); específicamente para defectos septales, incidencia hasta 1%, esperada 0.5%). También se ha documentado el riesgo de desarrollar Síndrome de Adaptación Neonatal en hasta el 30% de los recién nacidos. Existe un pequeño riesgo de hipertensión pulmonar persistente para todos los ISRS (incidencia 0.3%; esperado 0.1-0.2%), aproximadamente el doble del riesgo de fondo.</p>	<p>4 SIGN</p> <p><i>Williams J,2014</i></p>
	<p>Se ha encontrado que el uso de fluoxetina durante el embarazo produce un ligero incremento en el riesgo de defectos cardíacos de tipo septal. Además, se ha reportado el síndrome de adaptación neonatal en 30% de los recién</p>	<p>D SIGN</p> <p><i>Williams J,2014</i></p>

	nacidos. Así también se ha descrito que el uso de los ISRS duplica el riesgo de hipertensión pulmonar persistente.	
	El uso de fluoxetina durante el embarazo produce un ligero incremento en el riesgo de defectos cardíacos de tipo septal. Además, se ha reportado el síndrome de adaptación neonatal en 30% de los recién nacidos. Así también se ha descrito que el uso de los ISRS duplica el riesgo de hipertensión pulmonar persistente.	D SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Se sugiere considerar la probabilidad de desarrollar síndrome de adaptación neonatal en los casos de depresión prenatal manejados con fluoxetina.	PBP
	Sertralina: existe un posible riesgo pequeño de malformaciones cardíacas (incidencia 2%, esperado 1%) específicamente en defectos septales (incidencia 1.5%, esperado 0.5%). El síndrome de adaptación neonatal puede ocurrir hasta en un 30% de los lactantes.	4 SIGN <i>Williams J,2014</i>
	El uso de Sertralina durante el embarazo presenta un ligero aumento en el riesgo de malformaciones cardíacas principalmente del septum. Y al igual que la fluoxetina el síndrome de adaptación neonatal puede ocurrir en el 30% de los lactantes.	D SIGN <i>Williams J,2014</i>
	El uso de Sertralina durante el embarazo presenta un ligero aumento en el riesgo de malformaciones cardíacas principalmente del septum, y al igual que la fluoxetina el síndrome de adaptación neonatal puede ocurrir en el 30% de los lactantes.	D SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Se sugiere tener en cuenta la probabilidad de desarrollo de síndrome de adaptación neonatal en los casos de depresión prenatal manejados con Sertralina.	PBP
	Venlafaxina: Posible aumento del riesgo de Aborto espontáneo relacionado con la dosis. La prematuridad es posible. La mayoría de los estudios controlados no encuentran un aumento en el riesgo de malformaciones congénitas mayores (MCM). Un estudio de casos y controles encontró un riesgo elevado de MCM, pero se necesita confirmación. El síndrome de adaptación neonatal se ha informado con venlafaxina (muchos casos).	4 SIGN <i>Williams J,2014</i>

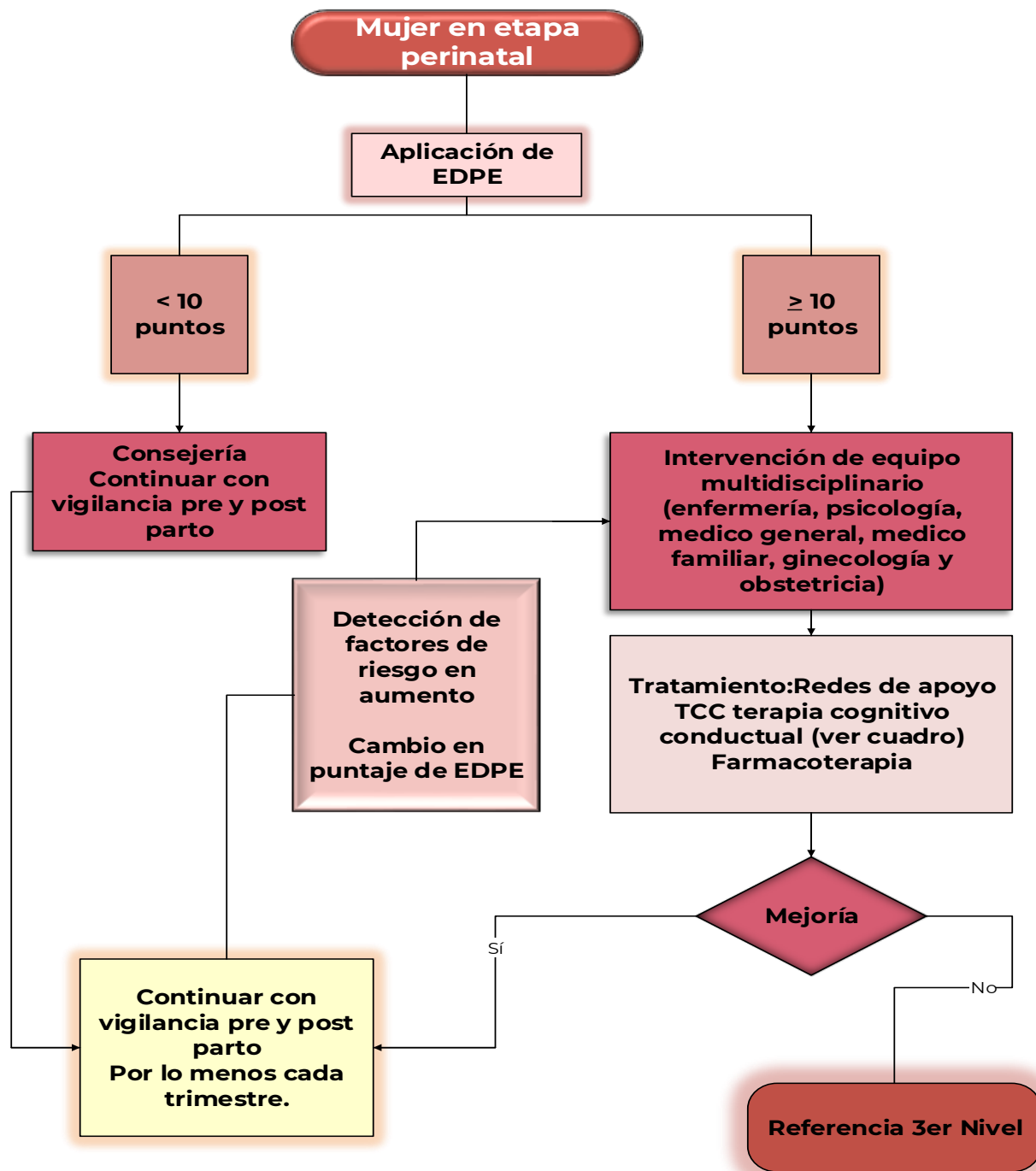
	Se ha descrito un posible incremento del riesgo de aborto espontáneo relacionado con la dosis de Venlafaxina. No se han encontrado hasta el momento estudios que demuestren incremento en el riesgo de malformaciones congénitas mayores con su uso. También se ha informado la presencia de síndrome de adaptación neonatal.	D SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Hasta el momento no existe evidencia que contraindique el uso de venlafaxina en el primer trimestre de embarazo. Sin embargo, se debe tener presente que puede ocasionar síndrome de adaptación neonatal.	PBP
	Antidepresivos tricíclicos (ATC): Amitriptilina: Para ATC en general: Posible riesgo pequeño de aborto espontáneo, posible aumento de 2 veces en el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer; Actualmente los datos son insuficientes para determinar el riesgo de teratogenicidad, incluidas las anomalías de las extremidades en humanos. El Síndrome de Adaptación Neonatal es posible con los ATC; Las convulsiones son raras. Se dispone de información mínima sobre amitriptilina o su metabolito nortriptilina.	4 SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Se ha establecido que el uso de Amitriptilina durante la gestación duplica el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. Hasta el momento no se ha establecido el riesgo de teratogenicidad. No obstante, existe el riesgo de presentar Síndrome de Adaptación Neonatal.	D SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Se recomienda tomar en cuenta que el uso de Amitriptilina durante la gestación duplica el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.	PBP
	Estabilizadores del estado de ánimo: Litio: La evidencia previa indica un riesgo de MCM que varía desde un riesgo no incrementado hasta una incidencia del 12%, principalmente un mayor riesgo de anomalías cardíacas (incidencia 0-7%). Muchas autoridades consideran que el riesgo absoluto de defectos cardíacos es pequeño y, contrariamente a las estimaciones anteriores, sólo existe un riesgo absoluto pequeño de anomalía de Epstein (incidencia 0.05-0-1% (5-10 en 10,000) (incidencia esperada 0.005% (1 en 20,000)). Evitar de ser posible su uso en el primer trimestre, y en su defecto debe realizarse una ecocardiografía detallada a las 18-20 semanas de gestación. El Síndrome de Adaptación Neonatal es posible pero el riesgo es desconocido. Ha habido informes de casos de Síndrome	4 SIGN <i>Williams J,2014</i>

	Hipotónico del Recién Nacido, bocio, diabetes insípida, defectos cardíacos y hepatomegalia en el recién nacido.	
	Estabilizadores del ánimo: El ácido valproico: Se ha identificado como un teratógeno humano. El riesgo de MCM incrementa al aumentar la dosis (3-5% en dosis inferiores a 1400 mg /día, hasta 8-35% en dosis mayores). La malformación más común es la espina bífida, con una incidencia 1-2 (esperado 0.14% - 0.2%). Otras anomalías reportadas son: El "síndrome fetal del valproato" que incluye anomalías faciales distintivas, defectos del tubo neural, dedos de manos y pies largos y delgados, hipospadias y un desarrollo neuroconductual posiblemente deficiente. El Síndrome de Adaptación Neonatal ha sido común en algunos estudios. Se sospecha que ocasione reducción del coeficiente intelectual y autismo. De ser posible debe evitarse durante el embarazo.	4 SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Se ha fundamentado que el empleo de ácido valproico durante el embarazo se relaciona con teratogénesis. Con un alto riesgo de MCM dosis dependiente. La malformación más descrita es la espina bífida. Así también se ha reportado el "Síndrome fetal del valproato" que incluye anomalías faciales características, defectos del tubo neural, dedos largos y delgados en manos y pies, hipospadias y deficiencia en el desarrollo neuroconductual. También se ha relacionado el Síndrome de Adaptación Neonatal. Por lo que debe evitarse durante el embarazo.	D SIGN <i>Williams J,2014</i>
	Se recomienda evitar el uso de Litio durante el primer trimestre del embarazo.	PBP
	Se recomienda evitar el uso de ácido Valproico durante la gestación.	PBP

3. ANEXOS

3.1. Diagramas de flujo

Diagnóstico y Manejo de la depresión posparto en el primer y segundo niveles de atención



3.2. Cuadros o figuras

Instrumentos de evaluación para los trastornos depresivos.

ESCALA DE DEPRESION POSTPARTO DE EDINBURGO			
Nombre:		Fecha:	
Si está embarazada: número de semanas de embarazo:			
Si se encuentra en la etapa de postparto: número de semanas de postparto:			
<p>Como va a tener un bebé (o acaba de tener un bebé) nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo.</p> <p>Marque la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se siente hoy. En el ejemplo que se encuentra a continuación, la "X" significa "Me he sentido contenta casi siempre durante la última semana".</p> <p>EJEMPLO: Me he sentido contenta:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, siempre</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sí, casi siempre</p> <p><input type="checkbox"/> No muy a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> No, nunca</p> <p>Complete las siguientes preguntas de la misma manera.</p> <p>En los últimos 7 días:</p>			
1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:		2. He mirado el futuro con placer:	
0	Tanto como siempre	0	Tanto como siempre
1	No tanto ahora	1	Algo menos de lo que solía hacer
2	Mucho menos	2	Definitivamente menos
3	No, no he podido	3	No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:		4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:	
3	Si, la mayoría de las veces	0	No, para nada
2	Sí, algunas veces	1	Casi nada
1	No muy a menudo	2	Sí, a veces
0	No, nunca	3	Sí, a menudo
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:		6. Las cosas me oprimen o agobian:	
3	Sí, bastante	3	Sí, la mayor parte de las veces

2	Sí, a veces	2	Sí, a veces
1	No, no mucho	1	No, casi nunca
0	No, nada	0	No, nada
7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:		8. Me he sentido triste y desgraciada:	
3	Sí, la mayoría de las veces	3	Sí, casi siempre
2	Sí, a veces	2	Sí, bastante a menudo
1	No muy a menudo	1	No muy a menudo
0	No, nada	0	No, nada
9. He estado tan infeliz que he estado llorando:		10. He pensado en hacerme daño a mí misma:	
3	Sí, casi siempre	3	Sí, bastante a menudo
2	Sí, bastante a menudo	2	A veces
1	Solo ocasionalmente	1	Casi nunca
0	No, nunca	0	No, nunca

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, J.L., Holden J.M. & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, 782-786.

INTERPRETACIÓN:

Puntuación ≥ 10 Probabilidad de Depresión.

Cualquier número que se escoja que no sea el 0 en la pregunta 10 significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales de inmediato.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Describa cómo se ha sentido desde la semana pasada, incluso hoy, lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una:

Instrucciones: A continuación, se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el número que mejor refleje su situación actual.

1.- Estado de Ánimo

0 No me siento triste

1 Me siento triste

2	Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
3	Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
2.- Pesimismo	
0	No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro
1	Estoy desilusionado (a) del futuro
2	Siento que no tengo perspectiva del futuro
3	Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará
3.- Sentimientos de fracaso	
0	No siento que fallé
1	Siento que fallo más que una persona normal
2	Siento que existen muchas fallas en mi pasado
3	Siento una falla completa como persona
4.- Insatisfacción	
0	Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
1	No disfruto de las cosas como antes
2	No encuentro satisfacción real en nada
3	Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
5.- Sentimientos de culpa	
0	No me siento particularmente culpable
1	Me siento culpable buena parte del tiempo
2	Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3	Me siento culpable todo el tiempo
6.- Sentimientos de castigo	
0	No siento que he sido castigado (a)
1	Siento que podría ser castigado(a)
2	Espero ser castigado (a)

3	Siento que he sido castigado (a)
7.- Odio a sí mismo	
0	No me siento desilusionado (a) de mí
1	Estoy desilusionado(a) de mí
2	Estoy disgustado (a) conmigo
3	Me odio
8.- Autoacusación	
0	No me siento peor que nadie
1	Me critico por mi debilidad o por mis errores
2	Me culpo todo el tiempo por mis faltas
3	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.- Impulsos suicidas	
0	No tengo pensamientos de suicidarme
1	Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría
2	Me gustaría matarme
3	Me mataría si pudiera
10.- Periodos de llanto	
0	No lloro más de lo usual
1	Lloro más que antes
2	Lloro ahora todo el tiempo
3	Podía llorar antes, pero ahora, aunque quiera, no puedo
11.- Irritabilidad	
0	No soy más irritable de lo que era antes
1	Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes
2	Me siento irritado todo el tiempo
3	No me irrito ahora por las cosas que antes sí
12.- Aislamiento social	

0	No he perdido el interés en otra gente
1	Estoy menos interesado (a) en otra gente que antes
2	He perdido mi interés en otra gente
3	He perdido todo mi interés en otra gente
13.- Indecisión	
0	Tomo decisiones igual que siempre
1	Evito tomar más decisiones que antes
2	Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora
3	No puedo tomar decisiones por completo
14.- Imagen corporal	
0	No siento que me vea peor que antes
1	Me preocupa verme viejo (a) o poco atractivo(a)
2	Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo (a)
3	Creo que me veo feo(a)
15.- Capacidad laboral	
0	Puedo trabajar tan bien como antes
1	Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
2	Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
3	No puedo hacer nada
16.- Trastornos del sueño	
0	Puedo dormir tan bien como siempre
1	No puedo dormir tan bien como antes
2	Me despierto 1 o 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
3	Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
17.- Cansancio	
0	No me canso más de lo usual

1	Me canso más fácil que antes
2	Me canso de hacer casi cualquier cosa
3	Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa
18.- Pérdida de apetito	
0	Mi apetito es igual que lo usual
1	Mi apetito no es tan bueno como antes
2	Mi apetito no es mucho más peor ahora
3	No tengo nada de apetito
19.- Pérdida de peso	
0	No he perdido peso
1	He perdido más de 2.5kg
2	He perdido más de 5kg
3	He perdido más de 7.5kg He intentado perder peso comiendo menos: SI NO
20.- Hipocondría	
0	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes
1	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias
2	Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
3	Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
21.- Líbido	
0	No he notado cambios en mi interés por el sexo
1	Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes
2	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora
3	He perdido completamente el interés en el sexo

1. Aliaga TJ, Rodríguez DL, Ponce DC. Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Rev Investig Psicol* 2006; 9(1):69-79.

Inventario de Depresión de Beck: consiste en una escala auto aplicable de 21 ítems, de fácil uso.

INTERPRETACIÓN

10-18 = **Depresión leve**

19-29 = Depresión **moderada**

30-63 = **Depresión severa**

ANTIDEPRESIVOS		
PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACIÓN	CLASIFICACIÓN FDA USO EN EMBARAZO
FLUOXETINA	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de fluoxetina equivalente a 20 mg de fluoxetina. Envase con 14 cápsulas tabletas. Envase con 28 cápsulas o tabletas.	C
PAROXETINA	Cada tableta contiene: Clorhidrato de paroxetina equivalente a 20 mg de paroxetina.	D
SERTRALINA	CÁPSULA O TABLETA Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de sertralina equivalente a 50 mg de sertralina. Envase con 14 cápsulas o tabletas.	C
CITALOPRAM	TABLETA Cada tableta contiene: Bromhidrato de citalopram equivalente a 20 mg de citalopram. Envase con 14 tabletas. Envase con 28 tabletas.	C
ESCITALOPRAM	TABLETA cada tableta contiene 10mg Caja con 28 tabletas	C
AMITRIPTILINA	TABLETA Cada tableta contiene: Clorhidrato de Amitriptilina 25 mg. Envase con 20 tabletas.	D
ANFEBUTAMONA O BUPROPION	TABLETA O GRAGEA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Cada tableta o gragea de liberación prolongada contiene: Anfebutamona o Bupropión 150 mg Envase con 15 tabletas o grageas de liberación prolongada. Envase con 30 tabletas o grageas de liberación prolongada.	B
VENLAFAXINA	CAPSULA O GRAGEA DE LIBERACION PROLONGADA Cada cápsula o gragea de liberación prolongada contiene: Clorhidrato de venlafaxina	C

	equivalente a 75 mg de venlafaxina. Envase con 10 cápsulas o grageas de liberación prolongada.	
DULOXETINA	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA Cada cápsula de liberación retardada contiene: Clorhidrato de duloxetina equivalente a 60 mg de duloxetina. Envase con 14 cápsulas de liberación retardada.	C
LITIO	TABLETA Cada tableta contiene: Carbonato de Litio 300 mg. Envase con 50 tabletas.	D
VALPROATO SEMISÓDICO	CAPSULA Cada cápsula contiene: Valproato semisódico equivalente a 125 mg de ácido valproico. Envase con 60 cápsulas	D
CLOZAPINA	TABLETA cada tableta contiene 25mg caja con 50 tabletas	B
OLANZAPINA	TABLETA cada tableta contiene 5mg caja con 14 tabletas	C
QUETIAPINA	TABLETA cada tableta contiene 25mg caja con 50 tabletas	C
RISPERIDONA	TABLETAS cada tableta contiene 2mg caja con 20 tabletas	C
MODULADORES DE LOS RECEPTORES GABA		
BREXANOLONA	Sol intravenosa aplicación intrahospitalaria, mensual. No disponible en México	X

3.3. Listados de recursos

3.3.1. Cuadro de medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Depresión posparto** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:**

Medicamentos					
Clave	Principio activo	Presentación	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
010.000.4483.00	FLUOXETINA	CÁPSULA O TABLETA	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad.	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco.
010.000.4483.01		Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de fluoxetina equivalente a 20 mg de fluoxetina.			
		Envase con 14 cápsulas tabletas. Envase con 28 cápsulas o tabletas.			
010.000.5481.00	PAROXETINA	Cada tableta contiene: Clorhidrato de paroxetina equivalente a 20 mg de paroxetina.	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome	Hipersensibilidad al fármaco.

				Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	
040.000.4484.00	SERTRALINA	<p>CÁPSULA O TABLETA</p> <p>Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de sertralina equivalente a 50 mg de sertralina.</p> <p>Envase con 14 cápsulas o tabletas.</p>	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	<p>Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas.</p> <p>Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.</p>	Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia, tendencias suicidas.
010.000.5487.00	CITALOPRAM	<p>TABLETA</p> <p>Cada tableta contiene: Bromhidrato de citalopram equivalente a 20 mg de citalopram.</p> <p>Envase con 14 tabletas.</p> <p>Envase con 28 tabletas.</p>	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequead de mucosas.	<p>Con inhibidores de la monoaminooxidasa y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.</p>	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años.
040.000.3305.00	AMITRIPTILINA	<p>TABLETA</p> <p>Cada tableta contiene: Clorhidrato</p>	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos.

		de Amitriptilina 25 mg. Envase con 20 tabletas.		monoaminooxidasa puede ocasionar excitación grave, hipertermia y convulsiones.	
040.000.4486.00	ANFEBUTAMONA O BUPROPIÓN	TABLETA O GRAGEA DE LIBERACIÓN PROLONGADA Cada tableta o gragea de liberación prolongada contiene: Anfebutamona o Bupropión 150 mg Envase con 15 tabletas o grageas de liberación prolongada. Envase con 30 tabletas o grageas de liberación prolongada.	Equimosis, edema periférico, convulsiones, insomnio, rash, poliuria, angioedema.	Con la orfenadrina, ciclofosfamida, ifosfamida, inhibidores de la recaptura de serotonina.	Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia, uso concomitante con inhibidores de la monoaminooxidasa.
040.000.4486.01					
010.000.4488.00	VENLAFAXINA	CAPSULA O GRAGEA DE LIBERACION PROLONGADA Cada cápsula o gragea de liberación prolongada contiene: Clorhidrato de venlafaxina equivalente a 75 mg de venlafaxina.	Astenia, fatiga, hipertensión arterial, vasodilatación, disminución del apetito náusea, vómito.	Con inhibidores de la monoaminooxidasa, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco.

		Envase con 10 cápsulas o grageas de liberación prolongada.			
010.000.4485.00	DULOXETINA	<p>CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA</p> <p>Cada cápsula de liberación retardada contiene: Clorhidrato de duloxetina equivalente a 60 mg de duloxetina.</p> <p>Envase con 14 cápsulas de liberación retardada.</p>	Constipación, diarrea, boca seca, náusea, vómito, disminución del apetito, pérdida de peso, fatiga, mareo, cefalea, somnolencia, temblor, incremento de la sudoración, bochornos, visión borrosa, anorgasmia, insomnio, disminución del libido, retraso de la eyaculación, trastorno de la eyaculación, disfunción eréctil.	La administración con inhibidores de CYP1A2, medicamentos metabolizados por CYP2D6 e inhibidores del CYP2D6, se debe hacer con precaución.	Hipersensibilidad al fármaco. La duloxetina no debe usarse en combinación con un inhibidor de la monoaminoxidasa, ni dentro de los 14 días siguientes a la suspensión del tratamiento con un IMAO.
040.000.3255.00	LITIO	<p>TABLETA</p> <p>Cada tableta contiene: Carbonato de Litio 300 mg. Envase con 50 tabletas.</p>	Náusea, vómito, somnolencia, temblor, fatiga, leucocitosis, diabetes insípida nefrogénica, hiperglucemia transitoria, atrofia de nefronas y fibrosis glomerular e intersticial.	La aminofilina, bicarbonato y cloruro de sodio, aumentan la excreción de litio. La carbamazepina, probenecid, indometacina, metildopa y piroxicam, aumentan los efectos adversos. Los diuréticos aumentan la resorción de litio con posibles efectos tóxicos.	Hipersensibilidad al fármaco, enfermedad cardiovascular o renal, epilepsia, enfermedad de Parkinson, deshidratación, hiponatremia, infecciones graves, lactancia, esquizofrenia.
010.000.5471.00	VALPROATO SEMISÓDICO	<p>CAPSULA</p> <p>Cada cápsula contiene: Valproato semisódico</p>	Náusea, anorexia, letargia, temblor fino, edema, hepatotoxicidad.	Puede potenciar la actividad depresora del alcohol sobre el sistema nervioso central: produce un aumento en	Hipersensibilidad al fármaco, embarazo, insuficiencia hepática.

		equivalente a 125 mg de ácido valproico. Envase con 60 cápsulas		los niveles séricos de fenobarbital y primidona, que condiciona depresión grave del sistema nervioso central. El uso simultáneo de ácido valproico y clonazepam puede producir un estado de ausencia.	
--	--	---	--	---	--

3.4. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de "**Prevención diagnóstico y manejo de la depresión posparto en el primer y segundo nivel de atención**". Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de GPC y del área clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos publicados en **español o inglés**
- Documentos publicados del **1 de enero de 2015 al 30 de abril de 2020**

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idioma distinto a español o inglés.

3.4.1. Búsqueda de GPC

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el término MeSh "**depression, postpartum**" enfocado a "prevention and control", therapy, drug therapy o diagnosis; considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **5** resultados, ninguno de utilidad en la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("depression, postpartum/diagnosis"[MeSH Terms] OR "depression, postpartum/drug therapy"[MeSH Terms] OR "depression, postpartum/prevention and control"[MeSH Terms] OR "depression, postpartum/therapy"[MeSH Terms]) AND ((guideline[Filter] OR practiceguideline[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (2015/1/1:2020/4/30[pdat]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))	5

Además, se realizó la búsqueda de GPC en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB ⁵	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
BASE INTERNACIONAL DE GUIAS GRADE	depression postpartum	1	1
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	depression postpartum Document type: Guidance Guidance category: Clinical guidelines NICE guidelines Status: Published	3	1 (ya se había obtenido como resultado en búsqueda anterior)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	Se revisó el listado https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/	39	1 (REF. 14)
CPG INFOBASE	depression postpartum	2	1

⁵ Realizar la búsqueda en sitios Web de GPC con temáticas específicas (SOGC y RCOG en ginecología; AAN en neurología; NCCN en oncología, entre otros)

	Language: English		
ALBERTA MEDICAL ASSOCIATION	"depression postpartum"	0	0
ECRI Guidelines Trust	"depression postpartum"	1	1
Guidelines International Network (GIN)	depression postpartum	0	0
Royal College of Physicians (Guidelines & Policy)	depression postpartum	0	0
Australian Clinical Practice Guidelines	depression postpartum	0	0
NHS Evidence	"depression postpartum" Evidence type: guidance Date: 01/01/2015 – 30/04/2020	1	0
Chile. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGE	depression postparto	0	0
Chile. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGE	depression posparto	0	0
GUÍASALUD (España)	depression postparto	0	0
GUÍASALUD (España)	depression posparto		
Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)	By keyword = "depression postpartum" By guideline type: All guidelines	11	0
TOTAL		58	5 (1 ya se había obtenido como resultado en búsqueda anterior)

3.4.2. Búsqueda de revisiones sistemáticas

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el término MeSh "depression, postpartum" enfocado a "prevention and control", therapy, drug therapy o diagnosis; considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron 80 resultados, se utilizaron 4 en la actualización de la GPC.

ALGORITMO DE BÚSQUEDA	RESULTADO
("depression, postpartum/diagnosis"[MeSH Terms] OR "depression, postpartum/drug therapy"[MeSH Terms] OR "depression, postpartum/prevention and control"[MeSH Terms] OR "depression, postpartum/therapy"[MeSH Terms]) AND ((meta-analysis[Filter] OR systematicreview[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (2015/1/1:2020/4/30[pdat]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))	80

Además, se buscaron revisiones sistemáticas en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
The Cochrane Library	MeSH descriptor: [Depression, Postpartum] explode all trees (custom date range: 01/01/2015 – 30/04/2020)	2	0
NHS EVIDENCE	"depression postpartum" Evidence type: Systematic Reviews Area of interest: Clinical Date: 01/01/2015-30/04/2021	4	0
Epistemónikos	(title:(depression postpartum) OR abstract:(depression postpartum)) Custom year range: 2015-2020 Publication type: Systematic reviews	6	0
TOTAL		12	0

A continuación, se enlistan una serie de búsquedas que se realizaron en sitios Web del área clínica de donde se obtuvo información para los apartados de introducción y justificación.

SITIOS WEB	ALGORITMO DE BÚSQUEDA	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
PUBMED	("depression, postpartum"[MeSH Terms] AND "Mexico"[MeSH Terms]) AND ((humans[Filter]) AND (2015/1/1:2020/4/30[pdat]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))	19	3
PUBMED	("depression, postpartum/epidemiology"[MeSH Terms] AND "Mexico"[MeSH Terms]) AND ((humans[Filter]) AND (2015/1/1:2020/4/30[pdat]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter]))	12	2 (Ya se habían obtenido como resultado en búsqueda anterior)
LILACS	"depression postpartum" AND (db:("LILACS") AND la:("es" OR "en")) AND (year_cluster:[2015 TO 2020])	56	2
MEDIGRAPHIC	"depression postparto"	10	2
MEDIGRAPHIC	"depression posparto"	20	1
IMBIOMED	depression postparto	12	1
TOTAL		119	11 (2 ya se habían obtenido como resultado en búsqueda anterior)

En resumen, en el desarrollo de este protocolo de búsqueda para la actualización de esta guía de práctica clínica; se obtuvieron un total de **274** resultados, de los cuales se utilizaron **20** documentos; **3** de los cuales se obtuvieron como resultado en más de una de las búsquedas desarrolladas.

3.5. Cuadros de Evidencias

3.5.1. Evaluación de GPC a través del instrumento AGREE II⁶

GPC	DOMINIO 1	DOMINIO 2	DOMINIO 3	DOMINIO 4	DOMINIO 5	DOMINIO 6	EVALUACIÓN GLOBAL
Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance	21	21	54	21	28	14	7/7
Management of perinatal mood disorders	16	19	50	21	25	13	6/7
A critical appraisal of: Mental Health Care in the Perinatal Period	20	19	56	21	28	13	7/7
Assessment and Interventions for Perinatal Depression	18	17	53	18	25	13	6/7

⁶ Los cuadros de evidencia aplican para las GPC bajo metodología GRADE

3.6. Escalas de gradación

Escala GRADE

Criterios GRADE para jerarquizar el grado de calidad de la evidencia			
Paso 1 Grado inicial de la evidencia según el diseño	Paso 2 Reducir nivel (-1 o -2) si:	Paso 3 Aumentar nivel (+1 o +2) si:	Nivel de calidad de evidencia
ECA Calidad alta Grado 4	Calidad metodológica Limitaciones metodológicas serias (-1)	Fuerza de la asociación (intervención vs. variable de resultado) Magnitud efecto fuerte (+1) RR >2 e IC <0.5 en dos o más estudios observacionales Magnitud de efecto muy fuerte (+2) RR >5 e IC <0.2 Todo o nada Gradiente de respuesta relacionado con la dosis (+1) Factores de confusión (-1 si perjudican el efecto)	ALTO
Estudios Cuasi-experimentales Calidad moderada Grado 3	Limitaciones metodológicas muy serias (-2) Consistencia Trabajo con resultados inconsistentes (-1)		MODERADO
E. Observacional Calidad baja Grado 2	Aplicabilidad Diferencia en población, intervenciones o variables de resultado (-1 o -2)		BAJO
Otros diseños Calidad muy baja Grado 1 o 0	Otras Datos confusos o imprecisos (-1) Probabilidad de sesgos (-1)		MUY BAJO

Significado de los niveles de calidad de la evidencia	
Calidad de la evidencia	Definición
Alta	Hay una confianza alta en que el estimador del efecto se encuentra muy cercano al efecto real
Moderada	Hay una confianza moderada en el estimador del efecto: es probable que el estimador del efecto se encuentre cercano al efecto real pero hay la posibilidad que existan diferencias substanciales
Baja	La confianza en el estimador del efecto es baja: el estimador del efecto puede ser substancialmente diferente al efecto real
Muy baja	Hay una confianza muy baja en el estimador del efecto: es muy probable que el estimador del efecto sea substancialmente diferente al efecto real

Criterios GRADE Estimación del grado de la recomendación		
Grado	Prerrequisitos	Implicaciones
Fuerte	Calidad de la evidencia alta	La mayoría de los especialistas bien formados elegirá esta opción
Débil	Balance favorable daño/beneficio	La recomendación debe ser seguida
Basado en el consenso (punto de buena práctica)	Calidad de la evidencia moderada o alta	Muchos de los especialistas bien informados elegirán esta opción, pero una sustancial minoría no

Implicaciones de la fuerza de las recomendaciones desde diferentes perspectivas (pacientes, clínicos y gestores)		
	Recomendación fuerte	Recomendación débil
Para pacientes	La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y sólo una pequeña proporción no lo estaría.	La mayoría de las personas en esta situación estarían de acuerdo con la acción sugerida, pero muchos no lo estarían.
Para profesionales de la salud	Las herramientas formales para la toma de decisiones probablemente no serán necesarias para ayudar a las personas a tomar decisiones coherentes con sus valores y preferencias.	Reconoce que diferentes opciones serán apropiadas para cada paciente individual y que se deberá alentar a que cada paciente alcance una decisión de manejo coherente con sus valores y preferencias. Las herramientas para la toma de decisiones pueden ser útiles como ayuda para la toma de decisiones coherentes con los valores y preferencias de cada persona.
Para tomadores de decisiones y gestores	La mayoría de las personas deberían recibir la intervención recomendada.	El desarrollo de políticas en salud requerirá considerables debates y la participación de los diversos grupos de interés. La documentación adecuada del proceso de toma de decisiones para una recomendación débil podría utilizarse como una medida de calidad, en particular, si está basada en evidencia de alta calidad.

Fuente: Guyatt, G.H., et al., GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 2008. 336(7650): p. 924-6. Jaeschke, R., et al., Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive. BMJ, 2008. 337: p. a744.

Escala SIGN

NIVELES DE EVIDENCIA	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	
✓	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook. Edinburgh: SIGN; 2008.

3.7. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

Diagnóstico(s) Clínico(s):			
CIE-10/CIE-9	CIE-10: F32 Episodio depresivo. F33 Episodio depresivo recurrente. F53 Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte. O99 Otras enfermedades maternas clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio CIE-10: Depresión (aguda) (mental) F32.9, posnatal (NEOM) F53.0, posparto (NEOM) F53.0, puerperal, disforia, tristeza O90.6. Tristeza, posparto O90.6 CIE-9: Depresión 311 - postparto 648.4. 648.51 Parto, con o sin mención de estado anteparto. 648.52 Parida, con mención de complicación postparto. 648.53 Estado o complicación anteparto. 648.54 Estado o complicación postparto.		
Código del CMGPC:	GPC-SS-666_21		
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Mujeres en estado perinatal	Médico general, médico familiar, personal de salud en formación, médico ginecoobstetra, médico psiquiatra, personal de, enfermería, personal de psicología	Primer y segundo niveles de atención	(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)
PREVENCIÓN			
Se recomendó referir a las mujeres con problemas de salud mental graves a un servicio especializado en salud mental perinatal			
Se sugiere incluir intervenciones de consejería, así como psicoterapia en mujeres con factores de riesgo			
DETECCIÓN			
Se recomienda la aplicación universal de la EPDE, siendo una herramienta de detección fácil y barata, para identificar a las mujeres embarazadas en riesgo de depresión			
El profesional de salud que aplique la EPDS debe tener capacitación en su uso apropiado			
TRATAMIENTO			
Se aconseja la aplicación del inventario de Beck y la EDPE a las mujeres en cualquier etapa de la gestación			
Se recomienda utilizar la Terapia conductual en la prevención de la depresión posparto en la atención primaria. Así como evaluar a la mujer a los 4 y 6 meses posterior a la intervención.			
Se sugiere utilizar antidepresivos en las pacientes con depresión pre y posnatal cuándo las intervenciones no farmacológicas resultan poco efectivas			
REHABILITACIÓN			
Utilizar un cribado del estado de salud mental de la mujer con base en la presencia de factores de riesgo			
PRONÓSTICO			
Se sugiere utilizar fluoxetina, sertralina, venlafaxina en el primer trimestre con sus debidas precauciones			
RESULTADOS			
Total de recomendaciones cumplidas (1)			
Total de recomendaciones no cumplidas (0)			
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)			
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado			
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)			
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)			

4.GLOSARIO

Antidepresivos: es un medicamento psicotrópico utilizado para tratar la depresión.

Antidepresivos cíclicos: se encuentran entre los primeros antidepresivos desarrollados. Son efectivos, pero generalmente han sido reemplazados por antidepresivos que causan menos efectos secundarios. Sin embargo, los antidepresivos cíclicos pueden ser una buena opción para algunas personas. En ciertos casos, alivian la depresión cuando otros tratamientos han fallado. Los antidepresivos cíclicos se designan como tricíclicos o tetracíclicos en función del número de anillos en su estructura química, tres (tri) o cuatro (tetra). Los antidepresivos cíclicos alivian la depresión al afectar a los mensajeros químicos (neurotransmisores) utilizados para comunicarse entre las neuronas cerebrales. Como la mayoría de los antidepresivos, los antidepresivos cíclicos funcionan en última instancia al efectuar cambios en la neuroquímica cerebral y la comunicación en los circuitos de las células nerviosas cerebrales que se sabe que regulan el estado de ánimo, para ayudar a aliviar la depresión. Los antidepresivos cíclicos bloquean la reabsorción (recaptación) de los neurotransmisores serotonina y norepinefrina, lo cual aumenta los niveles de estos dos neurotransmisores en el cerebro. Los antidepresivos cíclicos también afectan a otros neurotransmisores, lo cual puede producir diversos efectos secundarios.

Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más. La depresión es una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos

Embarazo: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Estabilizadores del estado de ánimo: Fármacos utilizados para prevenir la aparición de episodios de manía y/o depresión. Los principales son el litio, la carbamazepina, el valproato, la lamotrigina, la gabapentina, el topiramato y los neurolépticos atípicos. Un estabilizador o estabilizante del estado de ánimo, en ocasiones llamado anticíclico o eutimizante, es un medicamento psiquiátrico utilizado para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, caracterizados por oscilaciones muy marcadas en el humor y la energía.

Hipospadias: El hipospadias es un defecto de nacimiento (enfermedad congénita) por el cual la abertura de la uretra (meato urinario) se encuentra en la parte inferior del pene, en lugar de la punta. La uretra es el conducto por el cual se vacía la orina de la vejiga y sale del cuerpo.

IMAO: Los inhibidores de la monoaminoxidasa fueron el primer tipo de antidepresivo desarrollado. Son eficaces, pero generalmente han sido reemplazados por antidepresivos que son más seguros y causan menos efectos secundarios. Los antidepresivos, como los inhibidores de la monoaminoxidasa, alivian la depresión porque afectan a los mensajeros químicos (neurotransmisores) utilizados para comunicarse entre las células cerebrales. Como la mayoría de los antidepresivos, los inhibidores de la monoaminoxidasa funcionan al efectuar cambios en la química cerebral que son operativos en la

depresión. Una enzima llamada monoaminoxidasa participa en la eliminación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y dopamina del cerebro. Los inhibidores de la monoaminoxidasa evitan que esto suceda, lo que hace que más de estas sustancias químicas cerebrales estén disponibles para efectuar cambios tanto en las células como en los circuitos que han sido afectados por la depresión.

ISRS: Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos que se recetan con más frecuencia. Pueden aliviar los síntomas de la depresión moderada a grave, son relativamente seguros y, por lo general, ocasionan menos efectos secundarios que otros tipos de antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) tratan la depresión aumentando los niveles de serotonina en el cerebro. La serotonina es uno de los mensajeros químicos (neurotransmisores) que transportan señales entre las células nerviosas del cerebro (neuronas). Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina bloquean la reabsorción (recaptación) de la serotonina en las neuronas. De este modo, hay más serotonina disponible para mejorar la transmisión de mensajes entre las neuronas. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se denominan selectivos porque afectan principalmente a la serotonina, no a otros neurotransmisores. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina también se pueden utilizar para tratar otras afecciones distintas de la depresión, como los trastornos de ansiedad

La primera hora después del parto es un momento ideal para comenzar con el contacto piel con piel y el inicio de la lactancia materna.

Malformación congénita: Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida.

NDRI: inhibidores de la recaptura de noradrenalina-dopamina Los inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (o norepinefrina) (IRDN) son una clase de fármacos antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión y otros trastornos del estado de ánimo, así como los trastornos de déficit de atención con o sin hiperactividad. Es una clase de fármacos que son a la vez inhibidores de la recaptación de dopamina e inhibidores de la recaptación de noradrenalina

Posnatal o Postnatal: Que existe o tiene lugar después del parto o del nacimiento

Prenatal: Que existe o se produce antes del nacimiento

Psicoterapia: Tratamiento que se da a algunas enfermedades, en especial nerviosas y mentales, y que consiste en la aplicación de determinados procedimientos psíquicos o psicológicos

Puerperio inmediato: Supone las primeras 24 horas después del parto. En él podemos distinguir:

Puerperio precoz: Comienza a partir de las 24 horas hasta el décimo día postparto. Durante esta fase se producen: Los cambios involutivos más importantes, así como el establecimiento de la lactancia materna.

Puerperio tardío: Comienza a partir del décimo día hasta los 40-45 días. Coloquialmente, en la cultura popular es lo que se conoce como cuarentena. Los cambios que se producen en esta fase son más sutiles y conllevan más tiempo para llevarse a cabo. La reanudación de la menstruación va a depender en cierta medida del tiempo de lactancia materna exclusiva.

Puerperio: periodo de tiempo que comienza en la finalización del parto hasta las seis semanas postparto, cuando vuelve a la normalidad el organismo femenino.

TCC: Terapia cognitivo conductual. La terapia cognitiva conductual es un tipo frecuente de terapia del habla (psicoterapia). Trabajas con un asesor de salud mental (psicoterapeuta o terapeuta) de forma estructurada, asistiendo a una cantidad limitada de sesiones. La terapia cognitiva conductual te ayuda a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos para que puedas visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectiva. La TCC puede ser una herramienta muy útil, ya sea sola o en combinación con otras terapias, para tratar los trastornos de salud mental, como la depresión, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) o un trastorno de la alimentación. Sin embargo, no todas las personas que se benefician de la terapia cognitiva conductual tienen una enfermedad mental. La TCC puede ser una herramienta eficaz para ayudar a cualquier persona a aprender cómo manejar mejor las situaciones estresantes de la vida.

Teratogenicidad: Se define como teratógeno a cualquier factor medioambiental que pueda producir anomalías permanentes en la estructura o función del embrión o el feto, restricción de su crecimiento o su muerte.

TIP: Terapia interpersonal. La terapia interpersonal (TIP) es un modelo psicoterapéutico breve desarrollado por Klerman, Weissman y cols. que se basa en el análisis crítico de los factores sociales que influyen en el desarrollo de psicopatologías. La TIP fue desarrollada originalmente por Klerman como tratamiento de mantenimiento de la depresión. Posteriormente se empleó como tratamiento independiente y en la actualidad se aplica a diferentes trastornos. La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales (denominados vínculos) y el contexto social inmediato del paciente. La terapia interpersonal se centra en el análisis de factores interpersonales tales como: relaciones confiables durante la vida, estabilidad y calidad de las relaciones tempranas, la presencia de estrés interpersonal o la pérdida de relaciones significativas. El desajuste de alguno de esos factores daría lugar a una crisis vital. Los objetivos de esta terapia son el alivio sintomático y la superación de las dificultades de la relación interpersonal, en un breve período de tiempo que varía dependiendo del paciente y dura alrededor de 10 a 16 semanas. Un periodo de tiempo de dos horas tras la terminación del parto, durante el cual es aconsejable que la mujer permanezca en el paritorio.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Place JMS, Billings DL, Blake CE, Frongillo EA, Mann JR, deCastro F. Conceptualizations of postpartum depression by public-sector health care providers in Mexico. *Qual Health Res.* 2015;25(4):551–68.
2. Nieto L, Lara MA, Navarrete L. Prenatal Predictors of Maternal Attachment and Their Association with Postpartum Depressive Symptoms in Mexican Women at Risk of Depression. *Matern Child Health J.* 2017;21(6):1250–9.
3. González-González A, Casado-Mendez PR, Molero-Segrera M, Santos-Fonseca R, López-Sánchez I. Factores asociados a depresión posparto Associated factors for postpartum depression. *Rev Arch Med Camagüey.* 2019;23(6):770–9.
4. Medina-serdán E. Diferencias entre la depresión posparto, la psicosis posparto y la tristeza posparto. *Perinatol y Reprod humana.* 2013;27(3):185–93.
5. Huber MO, Romero Jiménez M, Largo AM. Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé: consideraciones clínicas. *Summa Psicológica UST [Internet].* 2015;12:77–87. Available from: www.summapsicologica.cl
6. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Barba Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord [Internet].* 2015;175:18–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
7. Solis-Solano M, Pineda-Mejía AL, Chacon-Madrigal J. Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Rev Medica Sinerg.* 2019;6:90–9.
8. Contreras-Carreto NA. Evaluación del riesgo de depresión posparto en un hospital ginecoobstétrico. *Evid Médica e Investig en Salud.* 2014;7(3):105–9.
9. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-De La Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce De León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(1):53–7.
10. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (CG192) .Clinical guideline Published December 2014 Last updated February 2020
11. Assessment and interventions for perinatal depression, Registered Nurses' Association of Ontario. Published on: 2018-10
12. Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. *JAMA.* 2019 Feb 12;321(6):588-601. doi: 10.1001/jama.2018.20865. PMID: 30747970
13. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. Chorwe-Sungani G, Chipps J. *BMC Psychiatry.* 2017 Mar 24;17(1):112. doi: 10.1186/s12888-017-1273-7. Review. PMID: 28340609 Free PMC Article
14. SIGN 127 Management of perinatal mood disorders. [www.sign.ac.uk › sign-127-management-of-perin...](http://www.sign.ac.uk/sign-127-management-of-perinatal-mood-disorders) Depressive and anxiety disorders are common and are linked to adverse ... and anxiety disorders, including depression, anxiety and postpartum

- psychosis. Mood disorders during pregnancy and after the birth of your ...[www.sign.ac.uk > assets > pat127](http://www.sign.ac.uk/assets/pat127).
15. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. Sockol LE. J Affect Disord. 2015 May 15;177:7-21. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.052. Epub 2015 Feb 2. Review. PMID: 25743368
 16. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Ann Fam Med. 2016 Sep;14(5):463-72. doi: 10.1370/afm.1967. Review. PMID: 27621164 Free PMC Article
 17. Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline, NHMRC (AU) - National Health and Medical Research Council Guideline, Oct 31, 2017 Australia Published

6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **IMSS, INPer, UNAM**, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **CENETEC**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades del **INER, IMSS**, que participó en los procesos de **validación** en esta guía.

7.COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud CENETEC

Ing. Adrián Pacheco López	<i>Encargado de la Dirección General</i>
Dr. Edgar Mayolo Hernández Aguirre	<i>Dirección de Integración de GPC</i>
Dr. Miguel Patiño González	<i>Coordinación metodológica</i>
Dra. Mónica Rosalía Loera Pulido	<i>Coordinación metodológica</i>
Dr. Christian Fareli González	<i>Coordinación metodológica</i>
Dr. Cristóbal León Oviedo	<i>Coordinación metodológica</i>
Dra. Lourdes Amanecer Bustamante Lambarén	<i>Coordinación metodológica</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Coordinación metodológica</i>
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	<i>Departamento de Centros de Desarrollo de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de Apoyo Científico para GPC</i>
Lic. Andrea Porras Chávez	<i>Apoyo Administrativo</i>

8.DIRECTORIO SECTORIAL

Secretaría de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Zoé Robledo Aburto
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Lic. María del Rocío García Pérez
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos

Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General

Secretaría de Marina Armada de México

Almte. José Rafael Ojeda Durán
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

Gral. Luis Cresencio Sandoval González
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. José Ignacio Santos Preciado
Secretario del Consejo de Salubridad General

9.COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Marcos Cantero Cortés	Presidente
Titular de la Unidad de Análisis Económico	
Dr. Hugo López-Gatell Ramírez	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Gustavo Reyes Terán	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Mtro. Juan Antonio Ferrer Aguilar	Titular
Director General del Instituto de Salud para el Bienestar	
Dra. María Eugenia Lozano Torres	Titular
Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	
Gral. Bgda. M.C. Ramón Arturo Valdés Espinosa	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Cap. Nav. SSN. MCN. Urol. Sanjuan Padrón Lucio	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dra. Célida Duque Molina	Titular
Directora de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. Ramiro López Elizalde	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Lehmann Mendoza	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. María del Rocío García Pérez	Titular
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Onofre Muñoz Hernández	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dra. Vanessa Lizette Vizcarra Munguía	Titular
Encargada de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud	
Mtro. Delfino Campos Díaz	Titular
Encargado del despacho de la Dirección General de Evaluación del Desempeño	
Dr. Dwight Daniel Dyer Leal	Titular
Director General de Información en Salud	
Ing. Adrián Pacheco López	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Encargado de la Dirección General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	
Dr. José Manuel Cruz Castellanos	Titular 2021-2022
Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud del Estado de Chiapas	
Dr. Alejandro Efraín Benítez Herrera	Titular 2021-2022
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo	
Dr. José Luis Alomía Zegarra	Titular 2021-2022
Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud del Estado de Sonora	
Dr. José Halabe Cherem	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México	
Dr. Felipe Cruz Vega	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Roberto Guillermo Calva y Rodríguez	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	
Lic. Héctor Valle Mesto	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	
Dr. Jorge Eugenio Valdez García.	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	
Dr. Heberto Arboleya Casanova	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	
Lic. Mario González Ulloa Arellano	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dr. Edgar Mayolo Hernández Aguirre	Secretario Técnico
Director de Integración de Guías de Práctica Clínica	