



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN  
POSTPARTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

ORTEGA CUZME LISSETH ESTEFANIA  
MÉDICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN  
POSTPARTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

ORTEGA CUZME LISSETH ESTEFANIA  
MÉDICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

ORTEGA CUZME LISSETH ESTEFANIA  
MÉDICA

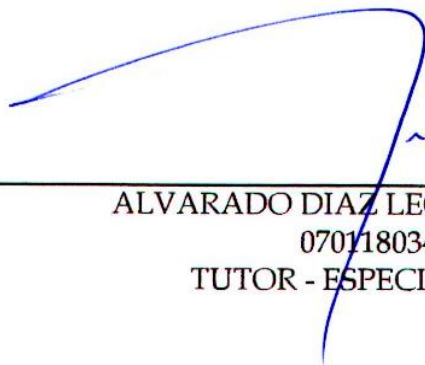
ALVARADO DIAZ LEONARDO JOSE

MACHALA, 31 DE ENERO DE 2019

MACHALA  
31 de enero de 2019

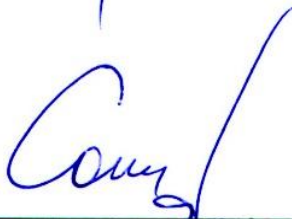
**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



---

ALVARADO DIAZ LEONARDO JOSE  
0701180341  
TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

ARREAGA SALAZAR CARLOS JULIO  
0907400410  
ESPECIALISTA 2



---

GARCIA MALDONADO JORGE ARMANDO  
0905102448  
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: jueves 31 de enero de 2019 - 11:04

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** Examen complejo actual.docx (D47081844)  
**Submitted:** 1/21/2019 5:47:00 PM  
**Submitted By:** lalvarado@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 3 %

### Sources included in the report:

tesis caracterizacion de depresion.docx (D31259955)  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262011000200007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000200007)  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000700010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010)

### Instances where selected sources appear:

5

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, ORTEGA CUZME LISSETH ESTEFANIA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado DIAGNÓSTICO Y MANEJO OPORTUNO DE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 31 de enero de 2019



ORTEGA CUZME LISSETH ESTEFANIA  
0706274552

## RESUMEN

El puerperio es la etapa que abarca desde la expulsión de la placenta hasta que el cuerpo retorna a la normalidad. La depresión es un trastorno afectivo que se caracteriza por cambios emocionales asociados a modificaciones hormonales, problemas sociales y/o familiares que conllevan a la vulnerabilidad de la puérpera, dicha entidad tiene inicio dentro de las cuatro a seis semanas postparto y tiene una duración que varía de semanas a meses. Esta patología se asocia a madres adolescentes y bajo nivel socioeconómico, interfiriendo en el bienestar de la madre así como en la relación madre e hijo, considerándose un problema de salud pública. Sin embargo, en nuestro país es muy escasa la información acerca de la depresión postparto, por tal motivo, es importante entender la patología para detectarla oportunamente y derivar al especialista con la finalidad de evitar complicaciones a corto o largo plazo. **Objetivo:** Identificar el diagnóstico y manejo óptimo de la depresión postparto para brindar un abordaje oportuno dentro del primer nivel de atención en salud. **Método:** mediante la utilización de artículos de plataformas científicas tales como: Scielo, PubMed, Google Académico, entre otros; con la finalidad de avalar la información descrita, así como también el uso de guías y protocolos aplicados en el manejo de la depresión postparto de otros países. **Conclusión:** el diagnóstico y manejo óptimo de esta entidad patológica es imprescindible dentro del primer nivel de atención en salud, para así brindarle una mejor calidad de vida, tanto a la paciente como a su entorno familiar.

**Palabras claves:** depresión, postparto, trastorno afectivo, diagnóstico, manejo.

## ABSTRACT

The puerperium is the stage from the expulsion of the placenta until the body returns to normal. Depression is an affective disorder that is characterized by emotional changes associated with hormonal changes, social and / or family problems that lead to the vulnerability of the puerpera; this entity starts within four to six weeks postpartum and has a duration that varies from weeks to months. This pathology is associated with adolescent mothers and low socioeconomic level, interfering in the wellbeing of the mother as well as in the mother and child relationship, considering it a public health problem. However, in our country there is very little information about postpartum depression, for this reason, it is important to understand the pathology to detect it opportunely and refer the specialist in order to avoid complications in the short or long term. **Objective:** To identify the diagnosis and optimal management of postpartum depression to provide an opportune approach within the first level of health care. **Method:** by using articles from scientific platforms such as: Scielo, PubMed, Academic Google, among others; in order to support the information described, as well as the use of guidelines and protocols applied in the management of postpartum depression in other countries. **Conclusion:** the diagnosis and optimal management of this pathological entity is essential within the first level of health care, in order to provide a better quality of life, both to the patient and their family environment.

**Key words:** depression, postpartum, affective disorder, diagnosis, management.



## ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	4
1. DESARROLLO.....	5
1.1 DEPRESIÓN POSTPARTO.....	5
1.1.1 DEFINICIÓN .....	5
1.1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	5
1.1.3 ETIOLOGÍA .....	6
1.1.4 FACTORES DE RIESGO .....	6
1.1.5 CUADRO CLÍNICO.....	8
1.1.6 DIAGNÓSTICO .....	9
1.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	12
1.1.8 TRATAMIENTO .....	13
1.2 ACCIONES RECOMENDADAS PARA EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN DE SALUD .....	14
CONCLUSIÓN.....	15
REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS.....	16

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que la depresión es uno de los trastornos mentales con mayor frecuencia a nivel mundial, considerándose como una causa fundamental de discapacidad e incumplimiento laboral, dicho esto, la prevalencia es más alta en mujeres, considerándolas un grupo vulnerable, más aun en etapas fisiológicas como el embarazo y el puerperio<sup>(1)</sup>, en esta etapa el trastorno del ánimo asociado es la depresión postparto<sup>(2)</sup>.

Algunos autores establecen que la prevalencia de la depresión postparto a nivel mundial oscila entre el 10 y 15%<sup>(3)(4)(5)(6)(7)(8)</sup>, mientras otros autores incluyen que esta puede ser de hasta un 20%<sup>(1)(9)(10)</sup>. En otros países de América se reporta la siguiente prevalencia: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%<sup>(11)</sup>. En Ecuador no existen datos que nos permiten establecer la prevalencia de la depresión postparto siendo así un problema de salud pública<sup>(2)</sup>.

El embarazo y el puerperio es una etapa en la que se presentan cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales que influye en la mujer durante la aparición de trastornos psíquicos<sup>(10)</sup>. Por ello, se considera como una situación crítica que altera psicológicamente la esfera mental de la mujer produciendo cambios generadores de estrés que incrementan el riesgo de padecer un trastorno mental<sup>(7)</sup>.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5) considera a la depresión postparto como un “trastorno depresivo durante el período perinatal” con una asociación al suicidio y filicidio<sup>(12)</sup>, el desarrollo de esta entidad se origina durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto<sup>(1)</sup>.

Es por ello que radica la importancia del diagnóstico y manejo oportuno de la depresión postparto en el primer nivel de atención en salud, ya que esta patología afecta a la madre y a su entorno generando serias repercusiones<sup>(2)</sup>.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1. DEPRESIÓN POSTPARTO**

#### **1.1.1. DEFINICIÓN**

La depresión postparto se describe como un episodio de depresión mayor asociado al parto, según el manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, en su quinta edición, lo definió como una depresión periparto y estipula que la aparición de los trastornos del estado de ánimo pueden presentarse durante el embarazo o cuatro semanas posteriores al parto<sup>(13)</sup>.

“Depresión posparto (o postnatal) o PPD, codificada en la CIE-10 como un trastorno mental y de comportamiento leve en un parto, no clasificado en otra parte (F53.0), es un trastorno depresivo materno caracterizado por miedo al fracaso, ambivalencia emocional e insensibilidad que a menudo comienza entre la primera y la sexta semana después del nacimiento del bebé, pero también puede ocurrir durante el embarazo”<sup>(14)</sup>.

La depresión postparto crea en la mujer negatividad, sentimientos positivos y negativos hacia el recién nacido y hacia su entorno familiar, así también tiene una percepción desalentadora y compleja del futuro<sup>(3)</sup>.

#### **1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia mundial de DPP a lo largo de la vida fluctúa entre el 10 y 15%<sup>(3)(4)(5)(6)(7)(8)</sup>, otros autores establecen que la prevalencia mundial es del 20%<sup>(1)(9)(10)</sup>, en los cuales se observa un 26% en adolescentes y un 38,2% en los niveles socioeconómicos bajos<sup>(1)</sup>.

En Suecia y EE.UU realizaron estudios para la detección espontánea de síntomas depresivos en el postparto encontrándose una tasa de 2% y 6,3%, sin embargo al aplicar la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EDPE), dichas tasas aumentaron al 14,5%. En México se estima una prevalencia de 32,6%<sup>(6)</sup>.

Cabe recalcar que en Estados Unidos de cada 10.000, de 1 a 6 madres que padecen depresión posparto severa llegan al suicidio, y 1 de cada 3 a 4 madres al no recibir tratamiento adecuado y oportuno, presentan recidivas<sup>(8)</sup>.

En América Latina, en países como en Chile se reporta una prevalencia entre el 22 y 50,7%<sup>(6)</sup>; Venezuela con un 22%<sup>(8)</sup>; Argentina con un 36,8%<sup>(6)</sup>; Cali, Colombia, se informó un 57%<sup>(6)</sup>; Perú con un 24,1%<sup>(8)</sup> y Brasil con un 16,5% aproximadamente<sup>(2)</sup>. Por lo tanto, se considera como un problema de salud pública<sup>(6)</sup>.

Además, cabe destacar que si el individuo tiene como antecedentes algún episodio de depresión, tiene un 50% aproximadamente de probabilidad de presentar un cuadro de depresión postparto, así mismo, en un futuro, las mujeres que han padecido este cuadro tienen mayor riesgo de sufrir episodios de depresión, que pueden estar asociados o no al parto<sup>(11)</sup>.

### **1.1.3 ETIOLOGÍA**

La etiología de la depresión postparto sigue sin estar clara<sup>(15)</sup>, sin embargo, se sugiere que hay una interacción entre la susceptibilidad biológica y una serie de factores de riesgo, así como también se asocian factores genéticos; disminución de los niveles de estrógeno, progesterona y testosterona; cambios en la tiroides, el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal y el funcionamiento de los esteroides neuroactivos<sup>(16)</sup>.

Se asocia a cambios fisiológicos y sociales que se producen posterior al parto, tales como: cambios corporales, laborales, sobrecarga de responsabilidades, alteración del sueño y el temor a no cumplir un buen rol como madre, por lo que se propone a causa de depresión posparto<sup>(2)</sup>.

### **1.1.4 FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo relacionados con la depresión postparto son multifactoriales, se

estima que el 50% de casos de depresión postparto no son diagnosticados y manejados oportunamente generando repercusiones negativas al recién nacido y su entorno familiar<sup>(8)</sup>.

En un estudio realizado por William V. Bobo y colaboradores establece que antecedentes de depresión o ansiedad, apoyo ausente dentro del hogar, estrés, nivel socioeconómico bajo y desestabilidad conyugal, así como madres adolescentes y prematuridad, tienen un valor predictivo de moderado a fuerte para originar depresión postparto<sup>(16)</sup>.

También se consideran otros factores tales como: edades extremas de las puérperas, embarazo no deseado, la paridad, la patología gineco-obstétrica de la mujer, el parto por cesárea, el uso de anestesia en el parto, enfermedad del recién nacido y problemas en la lactancia, entre otros<sup>(6)</sup>.

Según Mendoza, C. los factores de riesgo se clasifican en predictores que tienen asociación fuerte, moderada o débil a la depresión postparto. Entre ellos tenemos:<sup>(1)</sup>

- Los factores de riesgo con predictores fuertes son:
  - Antecedentes de depresión<sup>(1)</sup>
  - Presencia de depresión o ansiedad durante el embarazo<sup>(1)</sup>
  - Escaso apoyo social y/o familiar<sup>(1)</sup>
  - Eventos perturbadores<sup>(1)</sup>
- Los factores de riesgo con predictores moderado son:
  - Estrés periódico<sup>(1)</sup>
  - Desestabilidad marital<sup>(1)</sup>
  - Estrés con el cuidado del recién nacido<sup>(1)</sup>
  - La conducta del recién nacido<sup>(1)</sup>
  - Autoestima baja<sup>(1)</sup>
  - Disforia postparto<sup>(1)</sup>
- Los factores de riesgo con menor asociación a la depresión postparto son:
  - Ausencia de pareja<sup>(1)</sup>
  - Problemas socioeconómicos<sup>(1)</sup>

- Complicaciones obstétricas<sup>(1)</sup>
- Embarazo no deseado<sup>(1)</sup>

Una revisión sistemática sugiere que la mala relación de pareja, los últimos sucesos de la vida, así como la melancolía de la maternidad tienen asociaciones moderadas a fuertes para que se origine la depresión postparto. Sin embargo, las complicaciones obstétricas, antecedentes de abuso, bajo nivel socioeconómico y desempleo fueron consideradas no necesarias para la depresión postparto<sup>(7)</sup>.

Concluyendo así que el puerperio es un predictor alto para desarrollar trastornos afectivos debido a los cambios que se originan durante la gestación, el parto, así como también asumir el rol de madre y lo que ello implica, dando origen al estrés materno, considerándose como factor de riesgo para desarrollar depresión postparto<sup>(17)</sup>.

Según Mora, M. el sostén social constituye un factor protector importante para el desarrollo de la depresión postparto<sup>(5)</sup>.

### **1.1.5 CUADRO CLÍNICO**

Es necesario conocer el cuadro clínico de la depresión postparto, cuyo requerimiento principal es la presencia de depresión durante dos semanas y pérdida de interés en lo que habitualmente disfrutaba, estos síntomas se pueden acompañar de agotamiento, intranquilidad, culpa, desconcentración, alteraciones del sueño<sup>(18)</sup> o ideaciones suicidas u homicidas<sup>(13)</sup>.

La depresión postparto “se caracteriza por llanto, desánimo y sentimientos de incapacidad o inhabilidad para enfrentar la situación, principalmente en lo que concierne a cuidados del recién nacido y las tareas domésticas. Son frecuentes también, los sentimientos de culpa y autocensura por no estar amando o cuidando al hijo lo suficiente. Con frecuencia se presentan síntomas de ansiedad”<sup>(3)</sup>.

Clínicamente, se determina como un cuadro depresivo severo, cuyo inicio es insidioso, con una asociación a ansiedad y síntomas neurovegetativos<sup>(4)</sup>

Así mismo; el insomnio, la abrumación, irritabilidad, dificultad para pedir apoyo, problemas de memoria, dificultad para establecer un vínculo con el recién nacido, sobreprotección, dificultades en la lactancia, incapacidad para cuidar al recién nacido, negatividad al bebe, y la culpa; se asocian a la sintomatología de la depresión postparto<sup>(10)</sup>.

La presencia de esta sintomatología puede generar incapacidad y conllevar a que la madre tenga una disminución en su confianza, generando una autoestima baja. En casos graves representan una urgencia psiquiátrica, con riesgo para la madre y para el bebe<sup>(2)</sup> generando un deterioro en el desarrollo del niño<sup>(14)</sup>.

### **1.1.6 DIAGNÓSTICO**

“No existe una clasificación diagnóstica específica para la PPD”<sup>(16)</sup>. Según la clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición, establece los siguientes criterios:

- a) El episodio de depresión no se aplica por abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental de causa orgánica
- b) El episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas
- c) No se han presentado síntomas hipomaniacos o maniacos para efectuar los criterios del mismo en ningún periodo de la vida<sup>(6)(19)</sup>

Así mismo se puede determinar la presencia o ausencia del Síndrome Somático, para ello deben presentarse cuatro de los siguientes síntomas que se escriben a continuación:

- Ausencia de interés en actividades que generalmente le satisfacían
- Ausencia de emociones ante acontecimientos o actividades que normalmente impresionaban
- Despertarse dos o más horas antes de la hora acostumbrada

- Exacerbación del humor depresivo matutino
- Agitación
- Disminución perceptible de apetito
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal establecido en un mes)
- Disminución del deseo sexual <sup>(6)(19)</sup>

Clasificándolo como Trastornos mentales y del comportamiento, que a su vez se subdivide en:

- F32 Episodio depresivo leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos.
- F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como leves (incluye a la depresión postparto)<sup>(10)</sup>.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en su quinta edición, clasifica los episodios depresivos mayores que se originan en el durante el embarazo, que incluye los casos cuyos síntomas tengan inicio en el transcurso del embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto<sup>(16)</sup>.

Para poder diferenciar la culpabilidad de un episodio depresivo mayor, debemos tener en cuenta que en la culpabilidad prevalece el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un episodio depresivo mayor se caracteriza por depresión persistente asociado a la incapacidad de sentir alegría o placer por actividades que resultaban serlo<sup>(8)</sup>.

Para el diagnóstico es indispensable la realización de una historia clínica detallada, que deberá incluir los antecedentes o diagnósticos psiquiátricos (en caso de padecerlo), así mismo deberá enfocarse en:

- a) Verificar que se cumplan los criterios diagnósticos para la depresión postparto
- b) Determinar el riesgo de suicidio y filicidio
- c) Diferenciar la depresión postparto de otras patologías asociadas en el puerperio
- d) Reconocer comorbilidades psiquiátricas<sup>(16)</sup>



Dentro de la evaluación de la depresión se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar una historia clínica detallada que incluya la sintomatología y la duración del episodio depresivo
- Determinar si hay episodios previos de depresión, episodios maníacos o hipomaniacos previos, abuso de sustancias psicoactivas u otras enfermedades psiquiátricas
- Establecer la existencia de antecedentes familiares de trastornos mentales, depresión y suicidio.
- Determinar los factores de riesgo que acontecen en su entorno
- Realizar un examen de estado mental, incluyendo la gravedad de los síntomas.
- Evaluar el riesgo de suicidio o daños a otros
- Elaborar un examen físico para excluir otras condiciones médicas<sup>(7)</sup>

Dada la importancia de la detección precoz de la depresión postparto, el instrumento de tamizaje recomendado para evaluarla es la Escala de depresión de Edimburgo, considerándose un instrumento confiable con la finalidad de detectar precozmente la depresión, recomendándose su uso durante el primer o segundo control prenatal, repitiendo su aplicación a las cuatro o seis semanas posteriores al parto (en el caso de que el puntaje obtenido sea entre 10 o 12)<sup>(20)</sup>.

Dicha escala está estructurada por 10 ítems, en donde la mujer refleja cómo se ha sentido en los últimos siete días, cada ítem refleja un puntaje de 0 a 3 (es decir, el puntaje final oscila de 0 a 30 puntos)<sup>(18)</sup>. Un puntaje de 10 relaciona que existe la probabilidad de padecer de depresión, pero no indica su gravedad<sup>(9)</sup>.

Para su uso, se deben tomar en cuenta las siguientes indicaciones:

1. Se le indica a la madre que la respuesta que escoja debe ser aquella con la que se parezca a la manera en que se sintió en los siete días previos
2. Se le pide a la paciente que responda las 10 preguntas

3. Las respuestas deben exteriorizarse solo por parte de la paciente, no debe ser debatida con otras personas
4. El cuestionario debe ser respondido por la paciente (a menos que su instrucción no se lo permita)
5. La escala de depresión de Edimburgo debe usarse en la etapa postparto, para ello, es necesario el control postparto, visitas domiciliarias o durante los controles pediátricos<sup>(8)</sup>.

En un estudio realizado en Inglaterra que incluyó a más 9000 mujeres y sus hijos, en el cual se aplicó la Escala de Depresión de Edimburgo durante las semanas 18 y 32 del embarazo, a las 8 semanas postparto y luego a los 8 meses postparto, cuyo seguimiento evidenció que los síntomas depresivos persistentes en las madres durante el embarazo generan un retraso en el desarrollo de los niños a los 18 meses de edad en comparación con los niños de aquellas madres que no presentaron tales síntomas durante la gestación<sup>(18)</sup>.

Diversos estudios realizados mediante la utilización de la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo han reportado lo siguiente: en Inglaterra los nuevos casos de depresión postparto oscilan en un rango de 10 a 15%. En Estados Unidos la prevalencia va desde 8 a 26%, en España de un 25,8% y en Brasil con un 12%. En Chile, la prevalencia a las 12 semanas postparto es de 43%<sup>(3)</sup>.

Expuesto lo anterior, es importante que los profesionales de la salud del primer nivel de atención estén en constante contacto con las mujeres durante el embarazo para así determinar la situación psicosocial de la misma y proporciones medidas de manejo o refieran a un profesional con experiencia en salud mental<sup>(7)</sup>.

### 1.1.7 **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Durante el puerperio la madre experimenta un aumento de las tensiones fisiológicas y psicológicas, dando lugar a la vulnerabilidad de la misma<sup>(5)</sup>, como consecuencia de ello, pueden producirse ciertos trastornos afectivos, entre ellos tenemos: la disforia postparto o

Maternity blues, depresión postparto y psicosis postparto<sup>(4)</sup>. Por tal motivo, es necesario diferenciarlos entre sí, ya que el manejo de cada uno es distinto<sup>(5)</sup>.

- **Tristeza postparto, Tristeza por el recién nacido o “baby blues”<sup>(5)</sup>:** se la conoce como trastorno del estado de ánimo como consecuencia de cambios hormonales, psicológicos y sociales, que pueden presentarse en el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz; con intensidad y duración que suele ser variable, esta entidad aparece dos a cuatro días posteriores al parto. La sintomatología cursa con labilidad emocional, irritabilidad, tristeza acompañado de ansiedad y desesperación ante el manejo del recién nacido. Esta cede a las dos o tres semanas posteriores al parto, generalmente no requieren de atención médica y/o psicológica. Sin embargo, se recomienda estabilidad y apoyo familiar para que sea de fácil manejo la superación de esta etapa<sup>(10)</sup>.
- **Psicosis Postparto:** Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, en su cuarta edición, se clasifica como Trastorno psicótico breve (298.8) de inicio en el postparto (F23.8x). Mientras que, Según la clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición, lo clasifica como: Trastorno psicótico agudo y transitorio debido a una situación no estresante aguda (F23.x0) y Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar como graves (F53.1)<sup>(10)</sup>. La psicosis postparto se lo considera como el trastorno más severo en el postparto, afortunadamente, es poco común, con una prevalencia de 0.1 a 0.2%. el inicio de esta entidad se establece entre las primeras 48 a 72 horas posteriores al parto hasta las primeras dos semanas. La sintomatología incluye estados de depresión o euforia con la asociación de ideas delirantes, ilusiones o alucinaciones, las mismas que generan que la madre lastima al niño o a sí misma. La psicosis postparto se asocia a confusión y delirio, por lo que en esta entidad es necesaria la hospitalización y tratamiento médico<sup>(5)</sup>.

### 1.1.8 TRATAMIENTO

En el tratamiento de la depresión postparto se deben considerar dos opciones terapéuticas: como las intervenciones psicológicas y el tratamiento farmacológico<sup>(18)</sup>.

Según Mendoza y Saldivia, las intervenciones psicoterapéuticas resultan ser eficaces por lo que se recomienda como manejo de primera línea, ya que se considera de menor riesgo en cuanto a los efectos secundarios en el recién nacido, en comparación con el uso de fármacos en mujeres lactantes<sup>(1)</sup>.

Según Bobo y Yawn, el objetivo principal del tratamiento es remitir los síntomas depresivos, con la finalidad de mejorar la salud psiquiátrica de la madre y de sus hijos. En este contexto, el tratamiento dependerá de la gravedad del cuadro. En la depresión leve a moderada la psicoterapia es considerada de primera elección ya que nos permite reducir significativamente los síntomas de la depresión postparto. En la depresión moderada a severa, se debe tener en cuenta si la madre está dando de lactar o no, en el primer caso, puede indicarse psicoterapia y/o el uso de un solo agente farmacológico que tenga un perfil de seguridad de la lactancia aceptable a dosis mínimas; en caso de no estar dando de lactar se recomienda el uso de medicamentos antidepresivos con o sin psicoterapia<sup>(16)</sup>.

Otro estudio recalca que establecer un tratamiento farmacológico es complejo, ya que se debe valorar el riesgo – beneficio individual de los implicados, además se debe considerar la seguridad, el transporte del fármaco en la leche materna y los efectos adversos del mismo. Establecido esto, los antidepresivos de primera elección para el tratamiento de la depresión postparto son la sertralina, paroxetina y los tricíclicos (Nortriptilina e Imipramina) ya que la excreción del fármaco por la leche materna es mínima y no producen efectos adversos<sup>(5)</sup>.

## **1.2 ACCIONES RECOMENDADAS PARA EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN DE SALUD**

- El profesional de salud del primer nivel de atención deberá aplicar la Escala de Depresión de Edimburgo en el primer o segundo control prenatal

- En caso que se presenta una puntuación igual o mayor a 10 puntos se deberá repetir la Escala de Depresión de Edimburgo dos o cuatro semanas después. Para ello se recomienda la implementación de visitas domiciliarias.
- Al obtener un puntaje de 13 o más al aplicarse la Escala de Depresión, se procederá a referir a consulta médica para confirmación diagnóstica
- En el posterior control de embarazo se procederá a verificar la sospecha clínica, en caso de resultar positiva, se procederá al manejo de dicha entidad.
- Se deberá realizar un control posparto integral a los 2 y 6 meses en el cual debemos de aplicar la Escala de Depresión, en caso de no haberla aplicado, con la finalidad de diagnosticar y manejar oportunamente, así mismo realizar el seguimiento respectivo<sup>(20)</sup>.

## **CONCLUSIÓN**

La presente investigación tiene como finalidad proporcionar medidas de diagnóstico y terapéuticas dirigidas a los profesionales de salud del primer nivel de atención, para así ofrecer un manejo óptimo y oportuno de la depresión postparto en pacientes que padezcan dicha entidad con la finalidad de proporcionarle, tanto a la paciente como a su entorno familiar, una mejor calidad de vida. Por lo que se recomienda, enfatizar y realizar el seguimiento de los casos mediante la visión integral del paciente durante el embarazo, los controles postnatales utilizando medidas como la implementación de visitas domiciliarias.

## REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza C, Saldivia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. Rev Med Chile [Internet]. 2015;(143):887–94. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000700010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000700010)
2. Santacruz M, Serrano F. Depresión Postparto. prevalencia y factores de riesgo en madres atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014 [Internet]. 2015. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21717/1/Tesis.pdf>
3. Bustos S, Jiménez N. Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. Psiquiatr y Salud Ment. 2013;xxx(1):38–49.
4. Navas Orozco W. Depresión Posparto. Rev Médica Costa Rica y Centroam [Internet]. 2013;(608):639–47. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art14.pdf>
5. Mora M. Depresión Postparto Y Tratamiento Introducción. Rev Medica Costa Rica Y Centroam [Internet]. 2016;(620):511–4. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/620/art16.pdf>
6. Zhuzhingo-Vásquez C. Incidencia de la depresión postparto en pacientes puereperas del hospital San Vicente de Paúl. 2018;5–6. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/3337>
7. México: Secretaria de, Salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primero y segundo niveles de atención [Internet]. Guía de Práctica Clínica. 2014. Available from: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR\\_INTEGRACION\\_DPP\\_DEFINITIVA.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf)
8. Simbaña J. Protocolo de actuación ante la depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizados. Hospital de Tulcán. Durante el periodo agosto a octubre 2016 [Internet]. 2017. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12682>

9. Zhuzhingo-Vásquez, C; Peñaloza-Buele, Y; Ajila-Vacacela, J; Aguirre-Carrión C. Tamizaje para depresión postparto aplicado a la población puérpera del primer nivel de atención en salud. *Rev Psicológica UNEMI* [Internet]. 2018;2:21–9. Available from: <http://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/740>
10. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2013;27(3):185–93. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip133h.pdf>
11. Sulca K. “ Violencia Intrafamiliar En Adolescentes Y Su Relación Con La Depresion Postparto En El Instituto Nacional Materno Perinatal , Enero a Marzo Del 2014 ” [Internet]. 2015. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4057/Sulca\\_qk.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4057/Sulca_qk.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
12. Caparros-Gonzalez, R; Romero-Gonzalez BP-RM. Depresión postparto, un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018;84:42:97. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49117>
13. Guille C, Newman R, Fryml L, Lifton C, Epperson N. Management of postpartum depression. *J Midwifery Women’s Heal* [Internet]. 2013;58(6):632–42. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L52826236%0Ahttp://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12104%0Ahttp://library.deakin.edu.au/resserv?sid=EMBASE&issn=15269523&id=doi:10.1111/jmwh.12104&atitle=Management+of+postpartum+depression&>
14. Pawils S, Metzner F, Wendt C, Raus S, Wlodarczyk O. Patientinnen mit postpartaler Depression in Frauenarztpraxen in Deutschland – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung niedergelassener Gynäkologen zur Diagnostik und Versorgung. *Geburtshilfe Frauenheilkd* [Internet]. 2016;(76):888–894. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5000812/>
15. Dennis C-L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *Bmj* [Internet]. 2005;331(7507):15–0. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.331.7507.15>
16. Bobo W V., Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians:

- Postpartum depression. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2014;89(6):835–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113321/>
17. Betsabe A, Villacis A, Fernando D, Guerra T. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE ADOLESCENCIA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO MATERNIDAD ISIDRO AYORA EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2013 [Internet]. 2013. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5883/T-PUCE-6041.pdf?sequence=1>
  18. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014;25(6):1019–28. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864014706510>
  19. Hernández M, Castillo A, Castillo A, Mención R. Protocolo para el manejo de los trastornos depresivos en el adulto [Internet]. 2015. Available from: <http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Guias/ConsultasPublicas/2015/Noviembre/EstrategiaAltoCosto/Protocolo de Depresion.pdf>
  20. Rojas, I. Dembowski, N. Borghero, F. González M. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento [Internet]. Gobierno de Chile. 2014. p. 4–28. Available from: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofin12032014.pdf>