



Universidad Europea CANARIAS

Revisión Sistemática sobre la eficacia de la Sertralina en el tratamiento de la Depresión Postparto en mujeres adultas.

Trabajo Fin de Máster

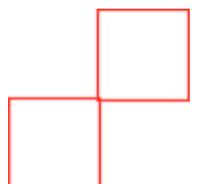
Autor/a: Cecilia Aycart Riaza

Tutor/a: Jacobo Torres Almenara

12 de abril de 2024

Campus de la Orotava
Calle Inocencia García, 1
38300 la Orotava
universidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz
C/ Valentín Sanz, 27
38002 Santa Cruz de Tenerife



Resumen

El presente estudio aborda la eficacia y seguridad de la sertralina en el tratamiento de la depresión posparto (DPP) en mujeres adultas. Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo el método PRISMA, examinando la calidad metodológica de los estudios mediante la escala CASPe. Se incluyeron 5 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evaluaron la eficacia de la sertralina en comparación con placebo, terapias psicológicas y otros tratamientos farmacológicos. Los resultados mostraron que la sertralina produjo una tasa de respuesta y remisión significativamente mayor en comparación con el placebo en algunos estudios. Sin embargo, la evidencia sobre su superioridad en comparación con otras intervenciones terapéuticas fue variable. Se observó que la sertralina puede tener un efecto sinérgico cuando se combina con ciertas intervenciones psicoterapéuticas, como la terapia interpersonal. Aunque algunos estudios no encontraron diferencias significativas entre la sertralina y otros tratamientos, la terapia cognitivo conductual (TCC) fue más efectiva que la sertralina en uno de los estudios. Se resalta también los hallazgos sobre la seguridad de la sertralina, con pocos efectos adversos registrados en los estudios incluidos. En conclusión, se subraya la importancia de considerar enfoques de tratamiento multimodal y la necesidad de investigaciones adicionales para confirmar su eficacia y seguridad en la DPP.

Palabras clave: *antidepresivos, depresión posparto, farmacoterapia, psicoterapia, sertralina,*

Abstract

The present study addresses the efficacy and safety of sertraline in the treatment of postpartum depression (PPD) in adult women. A systematic review of the literature was performed following the PRISMA method, examining the methodological quality of the studies using the CASPe scale. Five randomized clinical trials (RCTs) that evaluated the efficacy of sertraline compared to placebo, psychological therapies and other pharmacological treatments were included. The results showed that sertraline produced a significantly higher response and remission rate compared to placebo in some studies. However, the evidence for its superiority compared to other therapeutic interventions was variable. It was noted that sertraline may have a synergistic effect when combined with certain psychotherapeutic interventions, such as interpersonal therapy. Although some studies found no significant differences between sertraline and other treatments, cognitive behavioral therapy (CBT) was more effective than sertraline in one of the studies. The findings on the safety of sertraline are also highlighted, with few adverse effects recorded in the included studies. In conclusion, the importance of considering multimodal treatment approaches and the need for further research to confirm their efficacy and safety in PPD is highlighted

Keywords: *antidepressants, pharmacotherapy, postpartum depression, psychotherapy, sertraline.*

Introducción

A lo largo de gestación y posparto se producen alteraciones en los niveles bioquímicos, psicológicos y sociales, generando una mayor susceptibilidad en la mujer a experimentar diversos trastornos mentales (Loaiza et al., 2019). Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2023), después del parto, más de un tercio de las mujeres experimentan problemas de salud crónicos. La depresión posparto (DPP) se define según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) bajo la denominación “Trastorno depresivo de inicio en el posparto”, y consiste en un episodio depresivo mayor de inicio en las cuatro primeras semanas después del nacimiento de un hijo. Para su diagnóstico, se debe cumplir con los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-5, además, los síntomas deben persistir al menos dos semanas e interferir con las funciones de la madre (DSM-5, 2014). Tres de cada diez mujeres y bebés, no reciben actualmente atención posnatal en los primeros días tras el nacimiento, periodo donde se producen la mayoría de las muertes tanto maternas como infantiles. Además, hace especial hincapié en las consecuencias físicas y emocionales del parto, las cuales, pueden ser muy debilitantes y adversas para la madre y el bebé (OMS, 2022).

En cuanto a la prevalencia mundial de la DPP, de los 136 millones de partos que se producen al año, 20 millones sufren complicaciones de diversos tipos. Una de cada diez mujeres sufrirá DPP en países industrializados y dos de cada diez en países en desarrollo (OMS, 2022). La incidencia mundial de la depresión posparto es del 15% (Ampudia et al., 2020). En España, la prevalencia de la DPP es del 25.8%, le sigue Estados Unidos con una incidencia del 8 al 26% (Dutan et al., 2022). Un reciente estudio de Rodríguez-Muñoz et al., (2023) realizado en España, estableció que un 47,2% de mujeres sufrieron depresión perinatal tras la pandemia de COVID-19. En relación con la prevalencia de la DPP según la edad, las madres primerizas muestran tasas más altas de síntomas depresivos que las mujeres con hijos

previos, las madres de 40 años o más con partos gemelares también muestran más riesgo (Bradshaw et al., 2022). Sin embargo, en lo que respecta a la edad como factor de riesgo, la literatura es ambigua. Algunos estudios descubrieron que las madres con hijos más jóvenes tienen más probabilidades de desarrollar DPP, mientras que otros estudios descubrieron que una edad más avanzada está relacionada con la DPP (Bener et al., 2012). Un estudio de Hartmann et al., (2017) estableció que entre los factores de riesgo vinculados a la DPP se encuentra la baja edad de las madres, un bajo nivel económico, el desempleo, la soltería o el divorcio y la multiparidad.

Ramos et al., (2021) definen la depresión postparto como una enfermedad depresiva que les ocurre a las mujeres durante el puerperio y que se caracteriza por una propensión al llanto que puede cursar con irritabilidad, sentimientos de culpa y comportamientos obsesivo-compulsivos. Se manifiesta también mediante un rechazo al recién nacido y una renuncia a asumir la responsabilidad de su cuidado. Se observa además una disminución del deseo sexual, y en casos más severos, pueden aparecer pensamientos suicidas. Esta alteración genera un impacto negativo en el proceso adaptativo del embarazo y consecuentemente en la vinculación afectiva con el niño (Lara et al., 2019). Un diagnóstico tardío de la DPP puede conllevar diversas complicaciones; entre ellas cabe destacar el suicidio y filicidio (asesinato de uno o más hijos a mano de sus figuras paternas), como una de las causas más importantes de muerte materna durante el periodo perinatal. En cuanto a las consecuencias para los hijos se deben resaltar los problemas emocionales, alimentarios y del comportamiento. (Mendoza y Saldivia, 2015). Tras décadas de investigación no existe una narrativa que permita entender la relación que existe entre el suicidio y la maternidad (Fisher, 2016). El Instituto Nacional de Estadística de España (INEE) no cuenta con datos que nos den a conocer la magnitud de este fenómeno. La carencia y fluctuación de la información pueden originarse por la discrepancia que todavía perdura en la terminología utilizada para describir el comportamiento suicida

(Al-Halabi et al., 2021). Sin embargo, según Enătescu et al., (2020), el suicidio representa la principal causa de fallecimiento entre las mujeres durante el periodo perinatal.

Según Bodnar-deren et al., (2016), la ideación suicida entre un grupo relativamente saludable de madres ocurre con cierta frecuencia. Las madres con antecedentes de depresión y complicaciones antes del parto pueden estar en mayor riesgo. Por otro lado, un reciente estudio de cohorte realizado en Suecia con una muestra de 952.061 mujeres con DPP, encontró que las mujeres con este diagnóstico tienen 3 veces más riesgo de conducta suicida que aquellas sin él. Además, durante los 18 años de seguimiento, la tasa continuó siendo el doble entre las mujeres afectadas en comparación con aquellas que no estaban afectadas (Hang Yu et al., 2024)

El principal factor de riesgo para la DPP es el antecedente de este previo al embarazo (Solano et al., 2019). Según el DSM-5, aquellas mujeres que carecen de una red de apoyo eficaz y que durante el embarazo han presentado síntomas del estado de ánimo y ansiedad, tienen más riesgo de padecer DPP. En la misma línea y en relación con otros trastornos psiquiátricos, es más probable que una mujer desarrolle episodios posparto con características psicóticas, cuando existen antecedentes de trastornos del ánimo en el puerperio, enfermedades mentales no diagnosticadas y antecedentes de trastorno bipolar, incluyendo los familiares.

La detección temprana de la depresión postparto es de gran relevancia puesto que es en las primeras semanas tras el puerperio cuando pueden ser identificadas las situaciones que están afectando a la madre, facilitando la búsqueda de alternativas terapéuticas efectivas y así evitar el agravio de la sintomatología (Arias, 2013; Vera et al., 2014). Para su diagnóstico, debe cumplir con los criterios de depresión mayor del DSM-5, los síntomas deben mantenerse durante al menos dos semanas e interferir con las funciones de cuidado de la madre. Los signos de la depresión postparto comparten similitudes con aquellas depresiones

que acontecen fuera de esta etapa, no obstante, se caracteriza por una intensificación de la agitación y los sentimientos de culpabilidad. Estos aspectos ejercen una repercusión clínica más pronunciada en el bienestar del niño, su desarrollo, así como en la madre y la dinámica familiar en general (Delgado et al., 2016).

En base a la intensidad de la sintomatología, la DPP puede categorizarse de tres maneras. En primer lugar, la depresión leve, también conocida como tristeza o melancolía postparto, es la más habitual puesto que un 80% de mujeres la presentan y puede persistir hasta 2 semanas. En segundo lugar, encontramos la depresión moderada, la cual puede perdurar hasta 2 años. Por último, la depresión intensa o psicosis puerperal, considerada la más severa y preocupante, puesto que la madre experimenta una pérdida prolongada de la percepción de la realidad que puede tener graves efectos tanto en la madre como en el bebé (Alyosheva et al., 2022).

El tratamiento de la DPP demanda un enfoque terapéutico integral, debiendo considerarse diversos factores y sus implicaciones tanto para la madre como para el bebé (Ampudia et al., 2020). Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son de elección, siendo la sertralina y paroxetina las más recomendadas para mujeres lactantes debido a su baja detección en la leche materna. Sin embargo, a pesar de que la sertralina se considere un ISRS seguro, algunos estudios la han asociado con efectos adversos en el recién nacido como irritabilidad, nerviosismo y pérdida de apetito. Otros ISRS con una vida media mayor como la fluoxetina y citalopram (por su mayor concentración en la leche materna) se asocian con más efectos adversos en los bebés, debido a niveles séricos más elevados (González et al., 2022).

En cuanto al mecanismo de acción de la sertralina, actúa inhibiendo selectivamente la recaptación de serotonina en la membrana presináptica, aumentando su concentración en el espacio sináptico, lo que implica una mayor activación de los receptores postsinápticos y un

incremento de la actividad serotoninérgica (AEMPS, 2021).

Son varios los autores que coinciden en el uso de la sertralina como el fármaco de elección para el tratamiento de la DPP. Entre ellos, destacan Molenaar et al., 2018, que observaron que existe una baja concentración del fármaco en la leche materna. Un estudio realizado por Kim et al., 2014 mostraron en sus resultados que la respuesta terapéutica del fármaco es efectiva hasta en el 67% de los casos y que solo un 7% recaee en la enfermedad. Por otra parte, Logsdon et al., 2009, observaron una mayor gratificación del rol materno. En cuanto a la seguridad del fármaco en relación con la lactancia, diversos autores coinciden en la ausencia de efectos sobre el sistema nervioso central del lactante. (Epperson et al., 2001; Olza et al., 2011; Krauskopf et al., 2021;). Un reciente estudio de Kimmel y Meltzer Brody (2023), concluyó que a pesar de que la sertralina puede provocar efectos secundarios en las mujeres lactantes con DPP, estos efectos secundarios, no se observan en los bebés lactantes por su baja concentración en la leche materna. Sin embargo, otros ISRS como la paroxetina y el citalopram también han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión postparto y son generalmente indetectables en la sangre de los lactantes expuestos a la leche materna (Solano et al., 2019).

Por otro lado, se reconoce la viabilidad de intervenciones psicosociales y psicológicas, especialmente si se inician de manera temprana. Estas intervenciones pueden ser tan efectivas como los tratamientos farmacológicos y además, presentan la ventaja de no generar temor en las madres debido a que no tienen efectos secundarios directos sobre los hijos (Ortigosa et al., 2022). Dentro de este tipo de intervenciones, la terapia cognitivo-conductual es la que mayor resultado beneficioso ha mostrado; logrando una reducción de la sintomatología ansioso-depresiva y aceptación de los cambios asociados al embarazo. Sin embargo, cabe destacar que, a pesar de obtenerse resultados similares a los alcanzados con farmacología, requieren de compromiso por parte de las pacientes, presenta

altos costos y tiempo de ejecución. Es por ello, que entre el 10-40% no consigue completarlo (Lorenzo et al., 2021). La terapia cognitivo-conductual es una opción eficaz para reducir los síntomas emocionales o ansiosos de intensidad leve a moderada durante el embarazo (Pérez-Miranda et al., 2021). Permite a la paciente detectar patrones cognitivos irracionales, las emociones asociadas a estos pensamientos y por último, la elaboración de pensamientos alternativos con la finalidad de mejorar el estado emocional de la mujer con DPP (Vasile et al., 2020).

Otras alternativas terapéuticas utilizadas para el tratamiento de la DPP es la psicoterapia interpersonal. Esta se centra en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas relacionadas con la depresión y en la adquisición de destrezas vinculadas a la maternidad, incluye las disputas y las transiciones de roles, siendo esta última crucial, especialmente para aquellas mujeres que están atravesando cambios físicos y nuevas responsabilidades al convertirse en madres (González et al., 2017). En segundo lugar, la terapia psicodinámica trabaja para mejorar la comprensión de conflictos recurrentes a través de la identificación de comportamientos, sentimientos y patrones relacionales con la finalidad de desarrollar mecanismos de defensa alternativos y más eficaces (Grote et al., 2021). Finalmente, la psicoeducación ha demostrado ser efectiva para la reducción de la incidencia de la DPP a través de clases dirigidas donde se abordan temas relacionados con la depresión (identificación y tratamiento) así como sobre el embarazo y la maternidad (Stephens et al., 2016).

El estigma histórico asociado a la salud mental contribuye a que mujeres embarazadas y en el postparto busquen menos tratamiento farmacológico. La resistencia generalizada al uso de medicamentos psicotrópicos durante la lactancia, a pesar de su seguridad comprobada, conduce a una falta de tratamiento adecuado para este grupo de mujeres (Pérez-Miranda et al., 2020).

En resumen, el tratamiento de la DPP presenta dos pilares fundamentales, por un lado, el tratamiento farmacológico y por otro, la terapia psicológica. La combinación de ambas parece útil cuando se trata de depresiones graves, ya que es la alternativa más eficaz porque permite el mayor beneficio con los mínimos efectos secundarios. Las intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de la DPP aguda, han sido demostradas como tratamiento de primera línea ya que tienen un menor riesgo de efectos secundarios para el bebé en comparación con la terapia farmacológica (González et al., 2017). Cada mujer requiere de un enfoque individualizado para el tratamiento de la DPP, que además aborde diversos aspectos. Esto implica intervenciones en situaciones críticas, el uso de medicamentos cuando sea necesario, la psicoterapia y fortalecer el apoyo de las redes tanto de contención como sociales (Brown et al., 2021). Aunque la depresión posparto es bastante común, actualmente no hay un acuerdo claro sobre cómo evaluar y tratar este trastorno en España. Por esta razón, es esencial que especialistas en el campo revisen la información y ofrezcan recomendaciones respaldadas por evidencia, que puedan aplicarse al contexto español (Rodríguez-Muñoz et al., 2023).

La depresión posparto representa un desafío significativo para la salud mental de las mujeres tras el parto, afectando tanto su bienestar como el desarrollo temprano del recién nacido.

En este contexto, surge la interrogante central del presente trabajo, plasmada en la pregunta de investigación: ¿Es la sertralina un antidepresivo eficaz para el tratamiento de la depresión posparto?

En el marco de la investigación sobre la eficacia de la sertralina en el tratamiento de la depresión posparto, se plantean los siguientes objetivos:

1. Valorar la eficacia de la sertralina en la depresión posparto en mujeres adultas.
2. Evaluar si el tratamiento en monoterapia con sertralina es más o menos efectivo que el

tratamiento con otros antidepresivos o intervenciones psicológicas.

3. Evaluar la seguridad y necesidad del uso de sertralina a corto y/o largo plazo.

Métodos

La metodología empleada para la presente revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta- Analyses). Se trata de una guía que garantiza una revisión sistemática rigurosa, precisa, objetiva y completa mediante los criterios que se determinan a continuación (Page et al., 2021).

Se plantea la siguiente pregunta de investigación PICO:

En mujeres en periodo postparto ¿qué tan eficaz es la sertralina para el tratamiento de la depresión postparto?

P: Mujeres adultas en periodo postparto.

I: Tratamiento con sertralina.

C: Tratamiento con otros fármacos antidepresivos, intervenciones psicológicas o placebo.

O: Variables de eficacia y seguridad de la sertralina.

Criterios de elegibilidad

En la revisión sistemática, se han empleado diversos criterios de inclusión y exclusión para seleccionar los estudios que forman parte de ella, que pueden observarse en la Tabla 1 de Anexos. Comenzaremos con los criterios de inclusión: deben ser (a) Estudios clínicos aleatorizados (ECA), (b) publicados durante los últimos 10 años, entre 2014 y 2024. (c) Los estudios deben estar vinculados a mujeres adultas en periodo postparto diagnosticadas con depresión postparto, (d) estudios que incluyan la sertralina como tratamiento de elección, (e) que valoren la eficacia y/o seguridad de la sertralina a corto y/o largo plazo. Por último, (f)

deben estar publicados en inglés o español y (g) ser documentos con acceso al texto completo para su revisión.

Continuando con los criterios de exclusión, se descartaron: (a) estudios que no incluyan la metodología de estudio ECA, (b) estudios previos al 2014, (c) estudios que no aborden la depresión postparto en mujeres en periodo postparto, (d) estudios que no incluyan la sertralina como tratamiento de elección para el tratamiento de la depresión postparto, (e) estudios que no valoren la eficacia y/o seguridad de la sertralina a corto y/o largo plazo. Finalmente, se descartaron también aquellos estudios que (f) no se encuentren redactados en inglés o español y (g) no estén disponibles en texto completo.

Fuentes de información

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de la Biblioteca Crai Dulce Chacón de la Universidad Europea de Canarias. Dentro de esta plataforma se pueden encontrar diferentes bases de datos. Las empleadas para este trabajo han sido: MEDLINE (PubMed), PsycINFO y CINAHL. La búsqueda de artículos científicos se realizó a través de la plataforma Academic Search Ultimate (CRAI Dulce Chacón) entre enero y marzo de 2024. De manera complementaria, para el desarrollo de la introducción se obtuvo información de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Además, con fines formativos, se recurrió a UptoDate (desarrollada por Wolters Kluwer Health), una herramienta médica que proporciona la evidencia más actualizada sobre una amplia variedad de temas médicos.

Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se establecieron los términos MeSH (Medical Subject Headings) basados tanto en la P (población), como en la I (intervención), ambas incluidas en la pregunta PICO. Esto permitió que la búsqueda se llevase a cabo de manera organizada y categorizada, facilitando así su posible réplica. Los términos MeSH en cuestión son: adults, postpartum

depression, postnatal depression, sertraline, effects, consequences, treatments, interventions.

Dicha estrategia de búsqueda se realizó combinando los siguientes términos, sus sinónimos relacionados y los operadores booleanos AND y OR en las bases de datos, CINAHL, PsycINFO y MEDLINE (PubMed): (depression, postpartum OR postpartum depression OR postnatal depression) AND (sertraline) AND (effects OR consequences) AND (treatment OR interventions). Para depurar los resultados obtenidos y mostrados anteriormente, se aplicaron filtros específicos relacionados con el idioma de publicación (inglés y español), la fecha de publicación (entre 2014 y 2024), la disponibilidad completa del artículo para su lectura y revisión y el tipo de estudio seleccionado (ECA). La ecuación de búsqueda utilizada se puede revisar en la Tabla 2 incluida en Anexos.

Proceso de selección de los estudios

La selección de los artículos se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión establecidos en las bases de datos mencionadas, que se pueden observar en la Tabla 1 de Anexos. Este proceso se realizó en dos etapas. En primer lugar, realizando un cribado por título y resumen (abstract), se seleccionaron los estudios que se ajustaban a los criterios establecidos y se eliminaron aquellos que no. En segundo lugar, a través de una lectura crítica y detallada de los textos completos, se seleccionaron aquellos estudios que pasaron a incluirse parte de la investigación. Los artículos duplicados fueron descartados de la investigación.

Proceso de extracción de los datos

El proceso de extracción de datos se realizó mediante la identificación y selección de estudios que posteriormente se incorporaron en la revisión mediante la lectura crítica de estos. Se diseñó un formulario de extracción de datos expuesto mediante una tabla donde se mostraron los resultados más relevantes de los estudios seleccionados, los cuales pueden revisarse en la Tabla 4 del apartado de Anexos. La tabla se configura en torno a los siguientes

subapartados:

- Identificación de la referencia bibliográfica.
- Objetivos
- Metodología: Diseño, muestra, método, instrumentos, técnicas y temporalización
- Resultados

Lista de datos

La información extraída para elaborar la lista de datos (ver Tabla 4 de Anexos) incluye, en primer lugar, los objetivos y variables definidas en un primer momento para llevar a cabo la revisión sistemática. Es decir, la efectividad de la sertralina en el tratamiento de la DPP. Se emplearán ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que incluyan a mujeres adultas (de entre 18 y 45 años) diagnosticadas con DPP en cualquier localización geográfica y etnia. Las muestras de los estudios utilizados cuentan con una muestra media de 98,5 participantes, siendo 38 participantes en el primer estudio, 45 en el segundo, 85 en el tercero, 162 en el cuarto y 64 en el último. Para la comparación de los resultados se han utilizado ensayos clínicos aleatorizados controlados, doble ciego y de tres brazos. La temporalización de los estudios fue de 6, 12, 8, 12 y 13 semanas respectivamente.

En relación con los resultados, se obtuvieron datos relacionados con las tasas de respuesta y remisión en los grupos tratados con sertralina y placebo, la remisión de los síntomas de la DPP, la eficacia de la sertralina y la comparación de la sertralina con otros antidepresivos u intervenciones psicológicas.

Los instrumentos de medida para la obtención de los resultados fueron: Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS), Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Índice de estrés parental (PSI), Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton - Versión de Síntomas Atípicos (SIGH-ADS29). criterios

diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor según la Entrevista Clínica semi estructurada del DSM-5, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) , Subescala de satisfacción del Oviedo Sleep Quality Questionnaire, Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS), Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje 1 (SCID), Escala de Depresión de Hamilton (HamD-17), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad- Depresión General (IDAS-GD) y Escala de Impresiones Clínicas Globales- Escala de Gravedad de Enfermedad y Mejoría (CGI) y Cuestionario de Adaptación Postparto (PPAQ).

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

Para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales se hizo uso la Cochrane Risk of Bias Tool descrita en el Manual Cochrane 5.1.0 (Higgins y Green, 2011). Esta herramienta evalúa la medida en la que los artículos presentan o no diferentes sesgos y cuenta con la evaluación de los siguientes sesgos: (Ver Tablas 5, 6, 7, 8 y 9 de Anexos)

- Sesgo de selección: generación de secuencia y ocultación de la asignación.
- Sesgo de realización: cegamiento de participantes y personal.
- Sesgo de detección: cegamiento de evaluadores del resultado.
- Sesgo de desgaste: datos de resultados incompletos.
- Sesgo de notificación: notificación selectiva de los resultados.

El riesgo de sesgo se evaluó mediante: riesgo bajo, riesgo alto y riesgo de sesgo poco claro:

- Riesgo bajo: resulta poco probable que el sesgo haya influenciado los resultados del estudio, lo que aumenta la confianza en la validez de los resultados.
- Riesgo alto: existe una alta probabilidad de que el sesgo haya afectado significativamente a los resultados del estudio, lo que reduce la confianza en la

validez de los resultados.

- Riesgo de sesgo poco claro: la información proporcionada no es suficiente para determinar si el sesgo podría haber influido en los resultados del estudio. Falta de detalles en la metodología y diseño de la investigación.

Medidas del efecto

Las medidas del efecto utilizadas para cada uno de los desenlaces de los estudios se describen a continuación:

1. Comparación de la eficacia de la sertralina con un placebo para el tratamiento de la DPP: Intervalo de confianza: ($p < 0,05$). El análisis principal de este estudio fue la comparación de las tasas de respuesta de los grupos activo y placebo utilizando pruebas χ^2 en la muestra. Las variables continuas se compararon utilizando pruebas t de dos colas. Se ajustaron modelos mixtos secundarios para evaluar las tendencias temporales en cada una de las variables de resultado (HAM-D, HAM-A y EDPS). Los análisis se realizaron con software estadístico SAS (SAS Versión 9.2, Cary, NC, USA).
2. Comparación de la eficacia entre la TCC, la sertralina y la terapia combinada (sertralina + TCC) en el tratamiento de la DPP: El intervalo de confianza: ($p < 0.05$). El diseño fue un ANOVA factorial mixto de 3 x 12 para evaluar las diferencias entre grupos. Se realizaron pruebas post-hoc de la prueba de interacción utilizando efectos principales simples con niveles de α ajustados de Bonferroni. El tamaño del efecto se midió utilizando eta-cuadrado parcial (η^2) para todos los resultados inferenciales. Todo ello mediante el programa estadístico IBM SPSS.
3. Evaluación de la eficacia y seguridad del tratamiento con estradiol transdérmico en comparación con la sertralina en el tratamiento de la DPP: Intervalo de confianza: ($p < 0,05$). Se utilizó la t de Student o ANOVA para las comparaciones entre grupos de

variables de distribución normal y la prueba U de Mann-Whitney o Kruskal- Wallis para aquellas variables de distribución no normal. Para variables categóricas Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se utilizó un modelo lineal mixto de medidas repetidas al SIGH-ADS29. Las pruebas mencionadas se realizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS.

4. Eficacia de la sertralina y la terapia interpersonal en el tratamiento de la DPP: Intervalo de confianza: ($p < 0,05$). Se utilizó una regresión de efectos mixtos lineales (REML) para datos longitudinales. Se utilizó el efecto grupo x tiempo el cual representa la medida en que la tasa de cambio del resultado difiere por grupo. Además, se llevó a cabo un análisis de eficacia adicional para las pruebas BDI (Inventario de Depresión de Beck), IDAS-GD (Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad- Depresión General), CGI (Escala de Impresiones Clínicas Globales- Escala de Gravedad de Enfermedad y Mejoría) y PPAG (Cuestionario de Adaptación Postparto).
5. Comparar el efecto de la crocina y la sertralina en el tratamiento de la DPP: Intervalo de confianza ($p < 0,05$). El tamaño de la muestra se estimó mediante el programa informático Sigma Plot con una desviación estándar (DE) de 3, y una disminución de al menos el 25% como resultado de la intervención. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos cuantitativos. Estos se describieron con DE y los datos cualitativos con frecuencia (porcentaje). Se utilizó ANOVA, seguido de la prueba posterior de Bonferroni para comparar subgrupos e intergrupos. Para la comparación intragrupo se empleó la prueba T pareada. La prueba exacta de Fisher y la prueba chi-cuadrado se utilizaron para evaluar datos demográficos y la frecuencia de efectos secundarios. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 24.

Métodos de síntesis

En la Tabla 3 de Anexos se han expuesto los métodos de síntesis para mostrar una visión general de la evidencia y calidad de los estudios seleccionados para esta revisión sistemática. La tabla incluye los siguientes datos:

- Autor (año) / País.
- Tipo de estudio.
- N.º de sujetos, edad y diagnóstico.
- Comparador.
- Resultados relevantes.

Todos los estudios incluidos en la revisión cuentan con un diseño basado en estudios clínicos aleatorizados, con un total de 394 participantes y una media de edad de 30.34 años. Estos estudios se publicaron entre 2014 y 2023. En cuanto al sexo y ubicación, en todos los estudios encontramos mujeres con un diagnóstico de DPP provenientes de EEUU, Australia e Irán. Las cuestiones tratadas de manera general en los estudios tienen que ver con las variables de eficacia de la sertralina en el tratamiento de la DPP, la evaluación de la tasa de respuesta en comparación con otro medicamento o intervención psicológica y la seguridad del fármaco antidepresivo.

En cuanto a la comparación de resultados, en todos los estudios podemos encontrar un grupo control y un grupo experimental. En este sentido, dentro del grupo control podemos encontrar una dosis de sertralina, otro medicamento u otra intervención y en el grupo experimental una dosis de placebo u otra intervención.

Finalmente, en relación con los resultados encontrados y su síntesis, en la mayoría de los ensayos clínicos aleatorizados se puede observar como la sertralina parece ser un antidepresivo eficaz para el tratamiento de la DPP, aunque también se evidencian otras opciones de tratamiento psicológico que pueden ser igualmente efectivas para la reducción de

los síntomas depresivos.

Evaluación del sesgo de la publicación y certeza de la evidencia

Para llevar a cabo la evaluación de la certeza de la evidencia se hizo uso del Programa de Habilidades de Evaluación Crítica (Critical Appraisal Skills Programme) CASPe. Se utilizó la versión española de Cabello (2005). Este programa pretende proporcionar a los investigadores y profesionales de la salud una herramienta estructurada y sistemática para evaluar de manera crítica la evidencia científica (Cabello et al., 2005). Las respuestas a las preguntas pueden ser 'Sí', 'No' o 'No sé'. En la interpretación de los resultados, un 'Sí' suma 1 punto, mientras que un 'No' o 'No sé' suma 0 puntos. Fue desarrollada por el Institute of Health Sciences en Oxford. Se eligió el modelo que incluye 11 preguntas CASPe diseñadas para dar sentido a un ensayo clínico aleatorio y permiten considerar a tres grandes epígrafes: (Ver Tabla 12 de Anexos)

1. ¿Son válidos los resultados del ensayo?
2. ¿Cuáles son los resultados?
3. ¿Pueden ayudarnos estos resultados?

Las 11 preguntas se presentan a continuación:

1. ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?.
2. ¿Fue aleatoria la asignación de pacientes a los tratamientos?.
3. ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?.
4. ¿Fue adecuado el manejo de pérdidas durante el estudio?.
5. ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?.
6. ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?.
7. ¿Cuál era el efecto del tratamiento para cada desenlace?.
8. ¿Cuál era la precisión de los estimadores del efecto?.
9. ¿Podían aplicarse estos resultados en mi medio o población local?.

10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?
11. ¿Los beneficios a obtener justificaban los costes y riesgos?

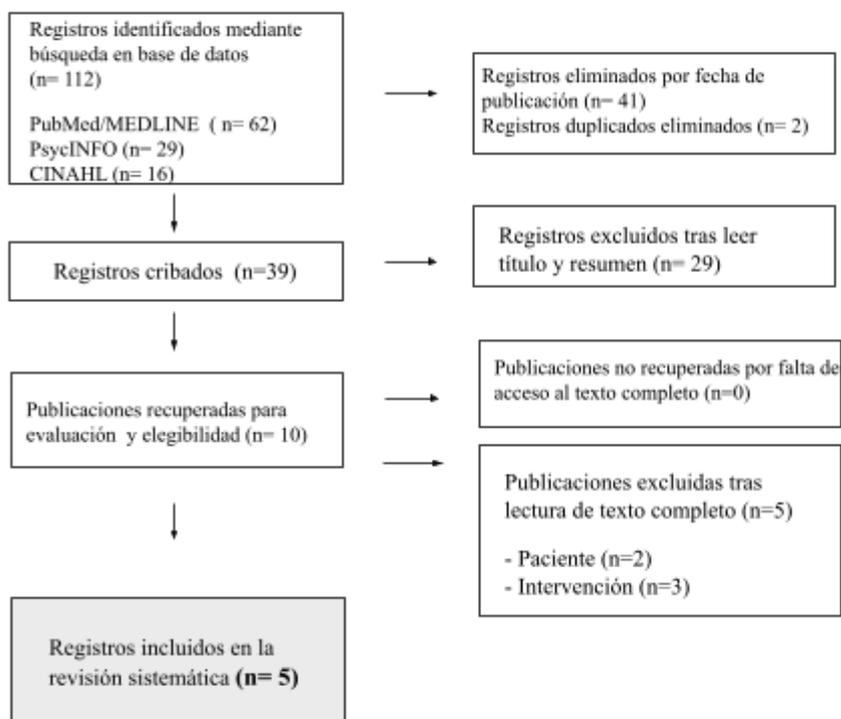
Resultados

Selección de los estudios

En la primera búsqueda de enero de 2024 se encontraron 112 estudios. Posteriormente, aplicando los criterios de inclusión de año de publicación (entre 2014 y 2024) e idioma (inglés y castellano) se obtuvo un total de 41. De los cuales, 2 fueron retirados por encontrarse duplicados. A través de una lectura por título y resumen se excluyeron 29 estudios por no cumplir con los criterios de búsqueda y, de estos 29 estudios, 10 de ellos fueron recuperados para verificar su elegibilidad mediante la lectura de texto completo. Finalmente, 5 de ellos se incluyeron en la revisión sistemática.

Figura 1

Diagrama de flujo de la selección de artículos incluidos en la revisión sistemática



En la Tabla 11 de Anexos se pueden observar los estudios que han sido excluidos

Características de los estudios

Las características de los estudios incluidos en la revisión se pueden encontrar en la Tabla 4 de Anexos. A continuación, se expondrán de manera detallada:

El objetivo del trabajo de Hantsoo et al., (2014) consiste en comparar la eficacia del ISRS sertralina en el tratamiento de la DPP por medio de un placebo. Se trata de un diseño clínico aleatorizado, doble ciego, controlado. En cuanto a la muestra, se estudió a 38 mujeres diagnosticadas de DPP con una media de edad de 30,8 durante 6 semanas. El estudio incluyó un período de una semana con placebo seguido de 6 semanas de tratamiento con sertralina o placebo. La dosis de sertralina administrada fue de 50 mg/día pudiendo llegar hasta un máximo de 200 mg/día. Se empleó un enfoque de modelos mixtos para evaluar las tendencias temporales en las pruebas HAM-D, HAM-A y EPDS. Además, se realizaron análisis de respuesta y remisión en mujeres con DPP según criterios DSM-IV para la depresión, utilizando pruebas exactas de Fisher. Los análisis se realizaron con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ utilizando SAS. Los instrumentos de medida utilizados fueron la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS).

En cuanto al estudio llevado a cabo por Milgrom et al en 2015, el objetivo principal es la comparación de la eficacia de tres opciones de tratamiento para la DPP: terapia cognitivo-conductual, sertralina y terapia combinada (TCC + sertralina). Para ello se realiza un ensayo clínico aleatorizado controlado de tres grupos paralelos. El número total de participantes fue de 45 mujeres con DPP con una media de edad de 31.6 años. Para evaluar la mejoría en el estado de ánimo deprimido, se repitió la evaluación psicométrica de los síntomas de depresión semanalmente durante 12 semanas y un seguimiento a las 24 semanas. Las mujeres asignadas al grupo sertralina comenzaron con la dosis inicial estándar recomendada de 50 mg durante dos días. Los aumentos posteriores en la dosis quedaron bajo

el criterio de los psiquiatras, pudiendo llegar hasta 200 mg al día. Para ello se hizo uso del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Índice de estrés parental (PSI).

Continuando con la investigación de Wisner et al., (2015), se trató de evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con estradiol transdérmico en comparación con la sertralina y placebo en mujeres con DPP. Fue un estudio aleatorizado de tres grupos. El número total de participantes fue de 85 mujeres con diagnóstico de DPP. La muestra se encontraba entre los 18 y los 40 años. Se llevó a cabo una fase inicial de 8 semanas en la que se probaron tres tipos de tratamiento: estradiol transdérmico, sertralina y placebo, en mujeres que experimentaban síntomas depresivos después del parto en las primeras 13 semanas. Las dosis finales de los tratamientos fueron alrededor de 161 mcg/día para estradiol, 145 mg/día para sertralina y una dosis equivalente de placebo. El estudio se detuvo antes de lo previsto debido a niveles séricos de estradiol más bajos de lo esperado. Los médicos del estudio se encargaron de distribuir los medicamentos y llevaron un registro detallado para asegurar que cada participante recibiera el tratamiento correcto. Finalizaron las 8 semanas de tratamiento 62 participantes, lo que representó un 73% de tasa de finalización del estudio. Para la medición de las variables se utilizaron las siguientes pruebas: Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton - Versión de Síntomas Atípicos (SIGH-ADS29). Se utilizaron los criterios diagnósticos para el Trastorno depresivo mayor según la Entrevista Clínica semi estructurada del DSM-5.

El cuarto estudio incluido en la investigación, realizado por O'Hara et al en 2019, investiga la eficacia de la sertralina y la psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la DPP en comparación con un placebo, evaluando su impacto en los síntomas depresivos y en el ajuste social de las mujeres en el postparto. La muestra la componen 162 mujeres con DPP de entre 18 y 45 años. La muestra fue asignada

aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: terapia interpersonal (IPT), sertralina con técnicas de psicoeducación específicas para la edad y desarrollo del bebé (CM), y placebo con las mismas técnicas de psicoeducación (CM). Estas intervenciones se aplicaron durante 12 semanas. Se evaluó la depresión y la adaptación social al inicio del estudio y en las semanas 4, 8 y 12. Se utilizó regresión lineal de efectos mixtos (LMER) para analizar los datos a lo largo del tiempo. La dosis de sertralina comenzó en 25 mg y se incrementó gradualmente hasta 200 mg en la semana 11, según la tolerancia del paciente. Se monitorearon los efectos secundarios utilizando autoevaluaciones de la gravedad proporcionadas por los propios participantes. Para ello, se hizo uso del Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), Escala de Depresión de Postparto de Edinburgo (EPDS), Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje 1 (SCID), Escala de Depresión de Hamilton (HamD-17), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad- Depresión General (IDAS-GD) y Escala de Impresiones Clínicas Globales- Escala de Gravedad de Enfermedad y Mejoría (CGI) y Cuestionario de Adaptación Postparto (PPAQ).

El último estudio realizado por Kolahdooz et al. (2023) tiene como objetivo evaluar el efecto de la crocina en comparación con la sertralina en mujeres que padecen de depresión posparto (DPP) de leve a moderada. Este estudio se llevó a cabo como un ensayo clínico aleatorizado doble ciego, en el cual participaron 64 mujeres diagnosticadas con DPP, con edades comprendidas entre los 18 y 45 años. Las participantes fueron asignadas de manera aleatoria, siendo 39 asignadas al grupo de tratamiento con crocina y 39 al grupo de tratamiento con sertralina. Durante un período de 3 meses, las mujeres recibieron una dosis diaria de 15 mg de crocina o 50 mg de sertralina, respectivamente. Para realizar el seguimiento, se llevaron a cabo entrevistas telefónicas. En cuanto a los instrumentos utilizados para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en las pacientes, se emplearon el

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Riesgo de sesgo de los estudios individuales

Tras el análisis mediante el método Cochrane para la evaluación del riesgo (Higgins et al., 2011), se obtuvieron los siguientes niveles de riesgo en cada estudio. Los siguientes datos se pueden observar en las Tablas 5, 6, 7, 8 y 9 de Anexos. "Sesgo alto" indica una alta probabilidad de errores sistemáticos, lo que reduce la confiabilidad de los resultados. Por el contrario, "sesgo bajo" sugiere una menor probabilidad de errores sistemáticos, lo que aumenta la fiabilidad de los hallazgos.

1. Hantsoo et al., (2015): Se aprecia un riesgo poco claro en la notificación selectiva (sesgo de notificación). El resto de los sesgos tienen un riesgo bajo.
2. Milgrom et al., (2015): Alto riesgo en el cegamiento de los participantes (sesgo de realización), y riesgo poco claro en notificación selectiva (sesgo de notificación). El resto de los riesgos para este estudio se muestran como bajos.
3. Wisner et al., (2015): Se observan riesgos poco claros en los sesgos de Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas] y Notificación selectiva (sesgo de notificación).
4. O'Hara et al., (2018): Se observa un riesgo alto en el sesgo de cegamiento de los participantes (sesgo de realización) y dos riesgos poco claros en los sesgos de manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas] y notificación selectiva (sesgo de notificación).
5. Kolahdooz et al., (2023): Riesgos poco claros en los sesgos de Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas] y Notificación selectiva (sesgo de notificación). El resto de sesgos cuentan con un riesgo bajo.

Resultados de los estudios individuales

Los resultados de los estudios individuales pueden observarse con mayor detalle en la Tabla 13 de Anexos. En ella se destacan los hallazgos de los estudios individuales, enfatizando en los estadísticos utilizados en cada uno, así como en la estimación del efecto (IC) y su precisión. A continuación, se resumen los hallazgos más significativos de cada uno de los estudios:

1. Hantsoo et al. (2014): Se encontró que la sertralina produjo una tasa de respuesta significativamente mayor del 59% en comparación con el placebo, que tuvo una tasa de respuesta del 26%. Además, la sertralina mostró una tasa de remisión de más del doble (53%) en comparación con el placebo (21%). No hubo efectos adversos causados por la sertralina.
2. Milgrom et al. (2015): Se observó que los síntomas de depresión y ansiedad se redujeron significativamente después de los tres tratamientos. La TCC como monoterapia fue encontrada superior a la sertralina como monoterapia y a la terapia combinada después de 12 semanas. Además, el grupo de TCC como monoterapia mostró avances iniciales más rápidos después del inicio del tratamiento. No se registraron efectos adversos en las mujeres a las que se les administró sertralina.
3. Wisner et al. (2015): El estudio se interrumpió debido a concentraciones séricas de estradiol más bajas de lo esperado. No se proporcionaron resultados específicos sobre la eficacia del tratamiento con estradiol, sertralina o placebo en la DPP.
4. O' Hara et al. (2018): Tanto la sertralina, el placebo, como la psicoterapia interpersonal demostraron eficacia similar. Sin embargo, se observó que la sertralina en combinación con la gestión clínica (CM- IPT) tuvo un efecto significativo en la mejora de los síntomas depresivos en comparación con la IPT y el placebo a lo largo de las 12 semanas de tratamiento. La sertralina destacó en la Escala de Depresión

General IDAS, y la lactancia materna se asoció con una mejor adherencia al tratamiento.

5. Kolahdooz et al., (2023): Tanto la crocina como la sertralina fueron efectivos para reducir los síntomas de depresión y ansiedad después de 3 meses de tratamiento. No hubo diferencias significativas entre ambos en términos de eficacia. La mayoría de las pacientes en ambos grupos alcanzaron puntajes normales en depresión después de 3 meses. 13 mujeres experimentaron efectos secundarios, siendo cuatro en el grupo de crocina y nueve en el grupo de sertralina.

Resultados de la síntesis

Todos los estudios incluidos en la presente revisión sistemática son ensayos clínicos aleatorizados (ECA), esto ha permitido que se pueda observar la eficacia de la sertralina en el tratamiento de la DPP en mujeres adultas, al compararlo con otros medicamentos, intervenciones psicológicas o placebos. Los comparadores utilizados para la valoración de la eficacia de la sertralina han sido: sertralina en monoterapia, sertralina frente a estradiol transdérmico, sertralina frente a crocina, sertralina junto con TCC, sertralina junto con IPT, sertralina junto a técnicas de psicoeducación y sertralina frente a placebo.

Valorando en conjunto todos los estudios, se cuenta con una muestra de 394 mujeres, con una media de edad de 30,34 años de cualquier localización geográfica. Los datos relacionados con la metodología e instrumentos empleados por cada uno de los estudios pueden revisarse en la Tabla 4 incluida en el apartado de Anexos.

Los resultados de los cuatro estudios proporcionan una perspectiva amplia sobre las opciones de tratamiento para la depresión posparto (DPP). Hantsoo et al., (2014) encontraron una mayor tasa de respuesta y remisión en el grupo tratado con sertralina en comparación con el placebo, destacando la efectividad de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para el tratamiento de la DPP. Por otro lado, Milgrom et al., (2015)

observaron que la terapia cognitivo-conductual (TCC) como monoterapia demostró una reducción significativa de los síntomas depresivos y de ansiedad en comparación con la sertralina y la terapia combinada. Sin embargo, Wisner et al., (2015) no encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (placebo, estradiol y sertralina), sugiriendo que la mejoría no estuvo relacionada de manera específica con un tratamiento particular. O'Hara et al., (2018), no observaron diferencias significativas en la medida principal de depresión entre los grupos de tratamiento con sertralina, terapia interpersonal (IPT) y placebo, aunque notaron un efecto significativo de la sertralina en combinación con IPT en la mejora de los síntomas depresivos. Por último, Kolahdooz et al., (2023), comprobaron en una muestra de 64 mujeres como tanto la crocina como la sertralina resultan efectivas en la reducción de la sintomatología asociada a la DPP.

Cabe destacar que Los estudios de Milgrom et al. (2015) y Kolahdooz et al. (2023) comparten el uso del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para evaluar los síntomas de depresión en mujeres con DPP. Ambos estudios emplearon estas pruebas para medir la mejoría en el estado de ánimo deprimido y para evaluar los síntomas de ansiedad en la población estudiada. Por otro lado, Hantsoo et al. (2014) y O'Hara et al. (2019) utilizaron la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) como medidas principales para evaluar los síntomas de depresión en mujeres con DPP.

A pesar de las diferencias entre los estudios, se puede destacar que tanto la sertralina y la crocina en monoterapia, como la TCC (Milgrom et al., 2015), y el tratamiento combinado de sertralina e IPT (O'Hara et al., 2018), mostraron beneficios en el tratamiento de la DPP en mujeres adultas. En cuanto a la seguridad de la sertralina, cabe mencionar que tanto en el estudio de Hantsoo et al., (2015), como en el de Milgrom et al., (2015) no se registraron efectos adversos entre las mujeres a las que se les recetó sertralina en dosis desde 50 a 200

mg. Sin embargo, el estudio de Kolahdooz et al., (2023) a pesar de registrar efectos secundarios leves en 9 participantes administradas con sertralina en dosis de 50 mg/día, no encontró ninguno en aquellas mujeres tratadas con crocina, lo cual resulta un hallazgo relevante al tratarse de un medicamento con reducidos efectos secundarios en comparación con los medicamentos químicos.

Sesgos en la publicación y certeza de la evidencia

Los resultados obtenidos en la evaluación de los sesgos en la publicación y certeza de la evidencia se pueden observar en la Tabla 12 de Anexos y se realizaron por medio del Programa de Habilidades de Evaluación Crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme) han sido los siguientes:

La investigación de Hantsoo et al., (2015) obtuvo una puntuación de 9 sobre 11. Milgrom et al. (2015) alcanzó una puntuación perfecta de 11 sobre 11 en su estudio. Wisner et al., (2015) obtuvieron una puntuación de 9 sobre 11. En el estudio de O'Hara et al. (2018), se registró una puntuación de 10 sobre 11. Por último, la investigación llevada a cabo por Kolahdooz et al., (2023) obtuvo una puntuación de 9 sobre 11,

Por tanto, en base a los resultados obtenidos por medio de la herramienta CASPe, y tratándose de puntuaciones altas, se puede deducir que los estudios evaluados muestran una sólida calidad metodológica y que la evidencia presentada se considera fiable y válida.

Discusión

En el siguiente apartado, se llevará a cabo un análisis crítico de los resultados de los estudios incluidos en esta revisión sistemática, con el propósito de resaltar su importancia dentro del cuerpo de literatura existente sobre la efectividad de la sertralina en el tratamiento de la DPP.

Resulta esencial resaltar que una parte de los estudios examinados en la revisión

sistemática muestran resultados coherentes que respaldan la efectividad de la sertralina en el tratamiento de la DPP (Hantsoo et al., 2014; O'Hara et al., 2018). Se evidencia en ellos una mejora significativa en los síntomas depresivos en las mujeres tratadas con sertralina en comparación con aquellas que reciben placebo, o al combinarlo con un tratamiento psicoterapéutico, como es el caso de la terapia interpersonal (TIP). Estos descubrimientos están en línea con la literatura existente y fortalecen la evidencia sobre la eficacia de la sertralina como opción farmacológica para mujeres que sufren DPP. No obstante, otros estudios revisados, respaldan la eficacia de las intervenciones psicológicas, sugiriendo que estas pueden tener efectos más pronunciados que la sertralina en el tratamiento de la DPP como es el caso de la TCC (Milgrom et al., 2014).

Por otro lado, el estudio de Kollahdooz et al. (2023) presenta resultados prometedores al explorar el uso de crocina como tratamiento para la DPP. Si bien los hallazgos indican que tanto la crocina como la sertralina son efectivas en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad, la crocina muestra una ventaja al presentar menores efectos secundarios en comparación con la sertralina, al tratarse de un compuesto natural presente en el azafrán. Estos resultados sugieren que la crocina podría ser una opción terapéutica prometedora para mujeres con DPP, especialmente aquellas que experimentan efectos secundarios adversos con la sertralina u otras opciones farmacológicas.

En cuanto a la seguridad de la sertralina en el tratamiento de la DPP, son diversos los resultados. Se debe tener en cuenta que no todos los estudios incluidos en la revisión prestan atención a este factor, el cual resulta relevante para la toma de decisiones clínicas. Entre los estudios revisados, Hantsoo et al. (2014) y O'Hara et al. (2018) no informaron de efectos adversos significativos asociados con el uso de sertralina en mujeres con DPP. Sin embargo, el estudio de Kollahdooz et al., (2023) señaló que algunas participantes (9 en el grupo de sertralina, y 4 en el grupo de crocina), experimentaron efectos secundarios leves como

complicaciones gastrointestinales, hipersomnia, vértigo e insuficiencia de lactancia en ambos grupos (sertralina y crocina).

En relación con la posología de la sertralina, la variabilidad en las dosis administradas en los estudios revisados constituye un punto importante de análisis. Se observa una diversidad considerable en las dosis utilizadas entre los diferentes ensayos clínicos incluidos en esta revisión sistemática. Algunos estudios han empleado dosis estándar de sertralina (50 mg/día) (Kolahdooz et al., 2023), mientras que otros han optado por ajustes de dosis individualizados que van desde los 25-50 mg/día hasta los 200 mg/día según la respuesta clínica de las pacientes, como es el caso de los estudios llevados a cabo por Hantoo et al., (2014), Milgrom et al., (2015) y O'Hara et al., (2019) . Esta heterogeneidad en la dosificación plantea interrogantes sobre la dosis óptima de sertralina para el tratamiento efectivo de la depresión posparto y su posible influencia en los resultados terapéuticos.

Se observan diferentes niveles de adherencia al tratamiento entre las participantes de cada uno de los estudios incluidos en la revisión. En el estudio de Milgrom et al. (2015), se observó que algunas mujeres en el grupo de terapia combinada (sertralina y TCC) interrumpieron la medicación antes de completar el período de tratamiento, al igual que aquellas en el grupo de monoterapia con sertralina. Además, alrededor del 30% de las mujeres asignadas a sertralina nunca comenzaron la medicación, reflejando la ambivalencia hacia el tratamiento farmacológico. En el estudio de Wisner et al. (2015), la baja adherencia al uso de parches transdérmicos de estradiol podría haber influido en las concentraciones séricas encontradas. Por otro lado, el estudio de O'Hara et al. (2018) documentó problemas de adherencia, como la no recepción de la intervención asignada o el abandono prematuro del tratamiento. Por último, en el estudio de Hantsoo et al. (2014), aunque la adherencia fue alta en general, hubo algunas participantes que expresaron preferencia por recibir tratamiento con antidepresivos, lo que generó dificultades en el reclutamiento. Es por ello que se evidencia la

complejidad y la variabilidad en la manera en que las mujeres participantes siguen las pautas de tratamiento prescritas. La ambigüedad hacia el tratamiento farmacológico y los problemas de recepción y abandono prematuro del tratamiento subrayan la importancia de abordar la adherencia en la práctica clínica y en el diseño de intervenciones terapéuticas. La preferencia de algunas participantes por ciertos tratamientos también puede influir en la adherencia y en la efectividad general de los enfoques terapéuticos. Estos hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias específicas para mejorar la adherencia al tratamiento en mujeres con DPP, lo que podría contribuir a optimizar los resultados terapéuticos y la atención clínica en esta población.

Una limitación importante de esta revisión sistemática es la escasez de estudios recientes sobre la efectividad de la sertralina en el tratamiento de la DPP, lo que obligó a ampliar el período de búsqueda más allá de los últimos 5 años inicialmente planificados. Además, se observó una variabilidad significativa en las características de la muestra entre los estudios incluidos, así como inconsistencias en el período de seguimiento y diferencias en la duración del tratamiento administrado. Estas limitaciones dificultan la comparación de los resultados entre los estudios y la generalización de las conclusiones a otras poblaciones de mujeres con DPP, destacando la necesidad de abordar estas limitaciones en futuras investigaciones para obtener una comprensión más completa de la eficacia de la sertralina en este contexto.

Los resultados de la presente revisión sistemática revelan que, además del tratamiento en monoterapia con sertralina, existen diversas opciones terapéuticas para abordar la DPP que podrían ser igualmente efectivas y con menores efectos secundarios para las mujeres. Estas incluyen la TCC tal y como mostraron los resultados de Hantso et al., (2014), la combinación de sertralina con la terapia interpersonal (TIP) (O'Hara et al., 2018), y la utilización de otros fármacos con bajos efectos secundarios, como la crocina. Estos hallazgos destacan la

importancia de considerar enfoques terapéuticos multimodales para la DPP. Además, se sugiere que la prevención de la DPP podría beneficiarse de la implementación de técnicas relacionadas con la maternidad, como el apoyo prenatal y postnatal, la educación sobre el cuidado del recién nacido y el fortalecimiento de la red de apoyo social de las madres.

Las futuras líneas de investigación deben centrarse en comparar la eficacia y seguridad de estas opciones terapéuticas, así como en desarrollar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento y promover la prevención de la DPP desde una perspectiva integral y holística.

En última instancia, se destaca la relevancia de adoptar un enfoque centrado en la mujer en el tratamiento de la DPP, que reconozca la singularidad de cada experiencia y las diversas necesidades de las mujeres durante este período crucial de la vida. Además, la colaboración entre profesionales de la salud mental y médicos especializados, como obstetras, ginecólogos y médicos de familia, resulta imprescindible para garantizar una atención personalizada que aborde los aspectos físicos, emocionales y sociales de la DPP de manera integral y efectiva.

Bibliografía

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2022). Informe anual sobre medicamentos en España. Editorial de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/66058/P_66058.html
- Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. D. L. F., & Fonseca-Pedrero, E. (2021). Conducta suicida y periodo perinatal: entre el tabú y la incompreensión. *Papeles del Psicólogo*, 42(3), 161-169. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol.2963>
- Alyosheva, N. D., Castel, S. F., Hoyo, G. G., García, A. M., Ferrer, B. A. S., & Ara, L. C. (2022). Herramientas de detección de la depresión postparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(8), 208. [Revista Sanitaria de Investigación, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, N° 8, 2022](https://doi.org/10.26601/RSI.3.8.2022)
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2. Arlington: American Psychiatric Association; 2014. 123 - 125 p
- Ampudia, M. K. M. (2020). Depresión postparto en atención primaria. *Revista Médica Sinergia*, 5(02), 355-355.rms202e.pdf <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.355>
- Antúnez Ortigosa M, Martín Narváez N, Casilari Floriano JC, Mérida de la Torre FJ. Postpartum Depression, analysis of risk factors and nursing intervention. Literature Review. *Enferm. Cuid.* 2022;5(3): 19 -29. <https://doi.org/10.51326/ec.5.3.2558670>
- Arias, L. M. A. (2013). La depresión postparto de la madre y sus implicaciones en el cuidado del recién nacido. *Línea de Vida*, 1, 18-22.
- Bener A, Gerber LM, Sheikh J. Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison. *Int J Women's Health*. 2012;4:191–200. DOI: [10.2147/IJWH.S29380](https://doi.org/10.2147/IJWH.S29380)

Bodnar-Deren S, Klipstein K, Fersh M, Shemesh E, Howell EA. Suicidal Ideation During the Postpartum Period. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016 Dec;25(12):1219-1224. doi: [10.1089/jwh.2015.5346](https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5346).

Brown JV, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E, Trevillion K, Howard LM, Khalifeh H. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Issue 2. Art. No.: CD013560. DOI: [10.1002/14651858.CD013560.pu](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013560.pu)

Constanza Mendoza B. a , Sandra Saldivia. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*. 143: 887-894. Disponible en: [DOI: 10.4067/S0034-98872015000700010](https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000700010)

Delgado, M. M. (2016). Depresión postparto y tratamiento. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, *73*(620), 511-514.

Dutan, E. V. H., Alvarez, M. G. C., & Pacheco, A. V. G. (2022). Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. *Vive Revista de Salud*, *5*(15),679-687.<https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.179>

Enătescu, I., Craina, M., Gluhovschi, A., Giurgi-Onucu, C., Hoge, L., Nussbaum, L. A., & Enătescu, V. R. (2020). The role of personality dimensions and trait anxiety in increasing the likelihood of suicide ideation in women during the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1-11. doi.org/10.1080/0167482X.2020.1734790

Epperson N, Czarkowski KA, Waerd-O'Brien D; Weiss E, Gueorguieva R, Jatlow P, et al. Maternal sertraline treatment and serotonin transport in breast feeding mother infant pairs. *Am J Psychiatry*; 2001; 158(10):1631-7. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1631>

- Fernández Vera, J. K., Iturriza Natale, A. T., Toro Merlo, J., & Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, *74*(4), 229-243.
- Fisher, J. (2016). Perinatal psychiatric care needs of women who die by suicide. *The Lancet. Psychiatry*, *3*(3), 191-192. [doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00025-0)
- Golnoosh Kolahdooz Department of Pharmacodynamics and Toxicology, School of Phar. The effect of crocin versus sertraline in treatment of mild to moderate postpartum depression: a dou. *International Clinical Psychopharmacology*. 2023. *38* (1) p 9-15. ISSN/ISBN: 0268-1315. DOI: [10.1097/YIC.0000000000000426](https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000426)
- Gonzalez, D., Figueroa, C., Cortes-Jofre, M., & Ortiz-Muñoz, L. E. (2022). Tratamiento antidepressivo para la depresión posparto. Un resumen SUPPORT de una revisión sistemática Cochrane. <https://doi.org/10.31219/osf.io/zyt29>
- González, R., López Tello, V., Merino Salán, M., Fernández Fernández, P., Alonso del Rivero Hernández, V. del C., & Fernández Díaz, M. N. (2017). Actualización en depresión posparto. *TIEMPOS DE ENFERMERÍA Y SALUD*, *1*(3), 18-22. Recuperado a partir de <https://www.tiemposdeenfermeriaysalud.es/journal/article/view/50>
- Grote, N. K., Lohr, M. J., Curran, M. C., & Cristofalo, M. (2021). Change Mechanisms in Brief Interpersonal Psychotherapy for Women With Perinatal Depression: Qualitative Study. *American journal of psychotherapy*, *74*(3), 112–118. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200039>
- Hantsoo, L., Ward-O'Brien, D., Czarkowski, K., Gueorguieva, R., Price, L., & Epperson, C. (2014). A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartumdepression. *Psychopharmacology*, *231*(5), 939–948.

<https://doi.org/10.1007/s00213-013-3316-1>

Kimmel, M. C., Meltzer-Brody, S., Roy-Byrne, P. P., Lockwood, C. J., Salomón, D. (2023). Safety of infant exposure to antidepressants and benzodiazepines through breastfeeding.

UpToDate. Recuperado:

<https://www.uptodate.com/contents/safety-of-infant-exposure-to-antidepressants-and-benzodiazepines-through-breastfeeding?>

Hartmann JM, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Post partum depression: prevalence and associated factors. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9):e00094016.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00094016>

Helen Bradshaw, Julia N. Riddle, Rodion Salimgaraev, Liudmila Zhaunova, Jennifer L. Payne. *Journal of Affective Disorders*, Volume 301, 2022, Pages 345-351, ISSN 0165-0327,

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.121>

Krauskopf, V., & Valenzuela, P. (2020). Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 139-149.

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.004>

Lara, L. C. A., Ornelas, J. R., Rivera, W. A., & Bocanegra, E. C. (2019) Capítulo 10 Relación entre depresión postparto materna y vínculo materno-infantil. *Hacia la investigación transdisciplinar: retos y desafíos de la sociedad contemporánea*, summa psicológica

[UST 2015, Vol. 12, N°1, 77-87](#)

Loaiza, N. V., Dachner, A. P., y Morales, J. A. V. (2019). Generalidades y diagnóstico de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(7), e261-e261

<https://doi.org/10.31434/rms.v4i7.261>

Logsdon MC, Wisner K, Hanusa BH. ¿Mejora el funcionamiento del rol materno con el tratamiento antidepressivo en mujeres con depresión posparto? *J Salud de la Mujer*.

2009; 18(1): 85-90. doi: 10.1089/jwh.2007.0635.

<https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0635>

Lorenzo-Díaz, J., Alfonzo-Díaz, H., Carrete-Friol, Z., Hernández-Quñones, O., & Barrios-Licor, R. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6), e5311. Recuperado de

<https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5311>

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A., & Reece, J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(3), 236–245. <https://doi.org/10.1177/0004867414565474>

Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink. Directrices sobre el tratamiento de la depresión perinatal con antidepresivos: una revisión internacional. *Psiquiatría de Aust Nueva Zelanda*. 2018; 52(4): 320-7. <https://doi.org/10.1177/0004867418762057>

O'Hara, M. W., Pearlstein, T., Stuart, S., Long, J. D., Mills, J. A., & Zlotnick, C. (2019). A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 245, 524–532.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.361>

Organización Mundial de la Salud. (2022, 30 de marzo). WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 7 de diciembre). Más de un tercio de las mujeres experimentan problemas de salud duraderos después del parto. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/07-12-2023-more-than-a-third-of-women-experience-lasting-health-problems-after-childbirth>

- Pérez-Miranda, G., Ortiz-Pinilla, D., Niño-Mancera, D. A., Gómez-Salcedo, L. H., & Bayona-Granados, K. V. (2021). Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la prevención de la depresión posparto: una revisión sistemática de los resultados en gestantes con y sin factores de riesgo. *Medicas UIS*, 34(1), 73-90. <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n1-2021008>
- Ramos, I. J., Calvo, R. N., Torres, M. N., Ramírez, M. D. L., Casanova, Y. C., & Ferrer, A. B. (2021). Depresión posparto. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(5), 163
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Motrico, E., Miguez, C., Chaves, C., Suso-Ribera, C., Duque, A., ... & Osma, J. (2023). La depresión perinatal en el contexto español: informe de consenso del Consejo General de Psicología de España. *Clinica y Salud*, 34(2), 51-63. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2023a15>
- Solano, M. S., Mejía, A. L. P., & Madrigal, J. C. (2019). Abordaje clínico y manejo de la depresión posparto. *Revista Médica Sinergia*, 4(6), 90-99. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.248>
- Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 2016;14(5):463-72. <https://doi.org/10.1370/afm.1967>
- Vasile, C. (2020). CBT and medication in depression (Review). *Exp Ther Med*. , 3513- 3516. doi: [10.3892/etm.2020.9014](https://doi.org/10.3892/etm.2020.9014)
- Wisner KL, Sit DK, Moses-Kolko EL, Driscoll KE, Prairie BA, Stika CS, Eng HF, Dills JL, Luther JF, Wisniewski SR. Transdermal Estradiol Treatment for Postpartum Depression: A Pilot, Randomized Trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2015 Aug;35(4):389-95. <https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b5a39>

Anexos

Tabla 1

Criterios de selección de estudios

Criterios de inclusión
(a) Tipo de estudio: Estudios controlados aleatorizados (ECA)
(b) Publicados en los últimos 10 años (desde 2014 a 2024)
(c) Vinculados a mujeres adultas en periodo postparto diagnosticadas con depresión postparto
(d) Tratamiento de elección: sertralina
(e) Valoración: eficacia y/o seguridad de la sertralina a corto y/o largo plazo
(f) Idioma: inglés o español
(g) Accesibilidad: texto completo

Tabla 2

Estrategias de búsqueda según las bases de datos

Base de datos	Estrategia de búsqueda
CINAHL	(depression, postpartum OR postpartum depression OR postnatal depression) AND (sertraline) AND (effects OR consequences) AND (treatments OR interventions)
PsycINFO	(depression, postpartum OR postpartum depression OR postnatal depression) AND (sertraline) AND (effects OR consequences) AND (treatments OR interventions)
MEDLINE (PubMed)	(depression, postpartum OR postpartum depression OR postnatal depression) AND (sertraline) AND (effects OR consequences) AND (treatments OR interventions)

Tabla 3

Métodos de síntesis

Autor (año)/ País	Tipo de estudio	N° sujetos, género, edad y diagnóstico	Comparador	Resultados relevantes
Hantsoo et al. (2014) EEUU	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.	n=38 Sexo: mujeres. X edad: entre 19 y 45 años. Media de edad: 30.8 Diagnóstico: depresión postparto	Grupo control: sertralina 50-200 mg/día Grupo experimental: placebo	Mayor tasa de respuesta en el grupo de sertralina (59%) en comparación con el grupo de placebo (26%). No se registraron eventos adversos entre las mujeres a las que se les recetó sertralina.
Milgrom et al. (2015) Australia	Ensayo clínico aleatorizado controlado de 3 grupos paralelos.	n=45 Sexo: mujeres X edad: 28.5 en grupo TCC, 31.6 en grupo sertralina y 30.1 en grupo placebo. Diagnóstico: depresión postparto	Grupo control: sertralina monoterapia 50-200 mg/día Grupo experimental: tratamiento combinado sertralina 50-200 mg/día y terapia cognitivo-conductual	La terapia cognitivo-conductual (TCC) como monoterapia demostró una superioridad estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad en comparación con la sertralina y la terapia combinada después de un período de 12 semanas. Las mujeres recetadas con sertralina no sufrieron ningún efecto adverso.
Wisner et al. (2015) EEUU	Ensayo aleatorizado de 3 grupos	n=85 Sexo: mujeres X edad: entre 18 y 40 años. mencionada. Diagnóstico: depresión postparto.	Grupo control: Estradiol 161 mg/día y Sertralina 145 mg/día. Grupo experimental: Placebo	No hubo diferencias significativas en las tasas de respuesta ni de remisión entre los tres grupos de tratamiento (placebo, estradiol y sertralina).
O' Hara et al. (2018) EEUU	Estudio de eficacia aleatorizado con 3 brazos paralelos.	n=162 Sexo: mujeres X edad: entre 18 y 45 años Diagnóstico: depresión postparto	Grupo control: sertralina dosis media 25 mg/día hasta 200 mg/día y Psicoterapia Interpersonal Grupo experimental: placebo	No se encontraron diferencias significativas en la medida principal de depresión (HamD-17) entre los grupos de tratamiento con sertralina, terapia interpersonal (IPT) y placebo. Sin embargo, se observó que la sertralina en combinación con la

Kolahdooz et al., (2023)	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego	n=64 Sexo: mujeres Edad: entre 18 y 45 años Diagnóstico: DPP	Grupo control: crocina 15 mg/día Grupo experimental: sertralina 50 mg/día	Tanto la sertralina como la crocina demostraron efectos beneficiosos similares en la reducción de los niveles de depresión y ansiedad en mujeres con DPP en el estudio. No hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos en términos de eficacia para mejorar los síntomas después del tratamiento
Irán				

Tabla 4

Características de los estudios incluidos

ESTUDIOS		
OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
1) Hantsoo, L., Ward-O'Brien, D., Czarkowski, K., Gueorguieva, R., Price, L., & Epperson, C. (2014). A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. <i>Psychopharmacology</i> , 231(5), 939–948. https://doi.org/10.1007/s00213-013-3316-1		
<p>Objetivo</p> <p>Comparación del inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) sertralina, con un placebo para el tratamiento de la depresión postparto.</p>	<p>Diseño</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado.</p> <p>Muestra</p> <p>Número de participantes en el estudio (n=38).</p> <p>Sexo: mujeres.</p> <p>Edad: entre 19 y 45 años. Media de edad: 30.8</p> <p>Diagnóstico: depresión postparto</p> <p>Método</p> <p>El estudio fue un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que se llevó a cabo en un solo centro. El diseño del estudio incluyó un período de placebo de una semana, seguido de un tratamiento de 6 semanas con sertralina o placebo (50 mg/día hasta 200 mg/día). Se utilizó un enfoque de modelos mixtos para evaluar</p>	<p>- Mayor tasa de respuesta en el grupo de sertralina (59%) en comparación con el grupo de placebo (26%) en el análisis de intención de tratar (ITT).</p> <p>- Mayor tasa de remisión en el grupo de sertralina (53%) en comparación con el grupo de placebo (21%) en el análisis de ITT.</p> <p>- Se observó una diferencia significativa en la respuesta al tratamiento entre sertralina (59%) y placebo (26%), así como una tasa de remisión duplicada (53% vs. 21%) con la medicación activa.</p> <p>- Se destacó que el efecto del tratamiento con ISRS solo no parecía ser tan grande como el observado con la combinación de psicoterapia y medicación</p>

	<p>las tendencias temporales en las medidas de resultado, incluyendo las puntuaciones de la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS). Además, se realizaron análisis de respuesta y remisión en mujeres que cumplían estrictamente con los criterios del DSM-IV para la depresión, utilizando pruebas exactas de Fisher. Todos los análisis se llevaron a cabo como pruebas de dos colas, con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico SAS.</p> <p style="text-align: center;">Instrumentos y técnicas</p> <p>Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS).</p> <p style="text-align: center;">Temporalización</p> <p>6 semanas.</p>	<p>antidepresiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se observó un impacto significativo en las puntuaciones de HAM-D en las participantes que cumplían con los criterios DSM-IV para PMD, con una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de sertralina y placebo. - No se registraron eventos adversos entre las mujeres a las que se les administró sertralina.
OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
<p>2) Milgrom, J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A., & Reece, J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 49(3), 236–245. https://doi.org/10.1177/0004867414565474</p>		
<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>Comparar la eficacia de diferentes opciones de tratamiento: terapia cognitivo-conductual, sertralina y terapia combinada (TCC+ sertralina), en mujeres con DPP. El estudio busca evaluar y comparar los efectos de estas intervenciones en la DPP y en el bienestar de las mujeres y sus bebés a lo</p>	<p style="text-align: center;">Diseño</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado controlado de 3 grupos paralelos.</p> <p style="text-align: center;">Muestra</p> <p>Número de participantes en el estudio (n=45).</p> <p>Sexo: mujeres</p> <p>Edad: 28.5 en grupo TCC, 31.6 en grupo sertralina y 30.1 en grupo placebo.</p> <p>Diagnóstico: depresión postparto</p> <p style="text-align: center;">Método</p> <p>Para evaluar la mejoría en el estado de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La terapia cognitivo-conductual (TCC) como monoterapia demostró una superioridad estadísticamente significativa en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad en comparación con la sertralina y la terapia combinada después de un período de 12 semanas. - El grupo de TCC mostró una disminución notable en los síntomas de depresión y ansiedad, con una tendencia hacia una mejora más rápida en

largo del tiempo.	<p>ánimo deprimido, se repitió la evaluación psicométrica de los síntomas de depresión semanalmente durante 12 semanas. Las mujeres asignadas al grupo sertralina comenzaron con la dosis inicial estándar recomendada de 50 mg durante dos días. Los aumentos posteriores en la dosis quedaron bajo el criterio de los psiquiatras, pudiendo llegar hasta 200 mg al día.</p> <p style="text-align: center;">Instrumentos y técnicas</p> <p>Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Índice de estrés parental (PSI).</p> <p style="text-align: center;">Temporalización</p> <p>Durante 12 semanas. El seguimiento se realizó a las 24 semanas.</p>	<p>comparación con los otros grupos de tratamiento. Además, en relación con el estrés parental, solo las participantes que recibieron TCC exhibieron un cambio significativo en la dirección deseada, mientras que no se observaron mejoras significativas en los otros grupos de tratamiento.</p> <p>- El estudio no registró efectos adversos entre las mujeres recetadas con sertralina.</p> <p>-Estos resultados respaldan la eficacia de la TCC como monoterapia para el tratamiento de la depresión posparto en comparación con la sertralina y la terapia combinada</p>
OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS

3) Wisner KL, Sit DK, Moses-Kolko EL, Driscoll KE, Prairie BA, Stika CS, Eng HF, Dills JL, Luther JF, Wisniewski SR. **Transdermal Estradiol Treatment for Postpartum Depression: A Pilot, Randomized Trial.** J Clin Psychopharmacol. 2015 Aug;35(4):389-95.
<https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b5a395>

<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con estradiol transdérmico en comparación con sertralina y placebo en mujeres con depresión postparto.</p>	<p style="text-align: center;">Diseño</p> <p>Ensayo piloto aleatorizado de 3 grupos</p> <p style="text-align: center;">Muestra</p> <p>Número de participantes en el estudio (n=85).</p> <p>Sexo: mujeres Edad: entre 18 y 40 años. Edad media no mencionada. Diagnóstico: depresión postparto.</p> <p style="text-align: center;">Método</p> <p>- Fase aguda de 8 semanas con tres grupos de tratamiento: estradiol transdérmico, sertralina y placebo. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a uno de estos tres grupos. Se incluyeron mujeres que presentaban síntomas depresivos dentro de las primeras 13 semanas después del parto.</p>	<p>-No hubo diferencias significativas en las tasas de respuesta ni de remisión entre los tres grupos de tratamiento (placebo, estradiol y sertralina).</p> <p>- Hubo un cambio significativo en los síntomas depresivos a lo largo del estudio, pero no se encontraron diferencias significativas en la mejoría de los síntomas entre los grupos de tratamiento. Esto sugiere que la mejoría no estuvo relacionada de manera significativa con un tratamiento específico.</p>
--	---	--

	<p>- Las dosis de los tratamientos al final del estudio fueron de aproximadamente 161 mcg/día para estradiol, 145 mg/día para sertralina y una dosis equivalente de placebo en píldoras. Se observaron tasas de finalización del estudio del 73%, con un total de 62 participantes completando las 8 semanas de tratamiento. El estudio se detuvo prematuramente debido a que el análisis de lotes de estradiol reveló concentraciones séricas más bajas de lo esperado</p> <p>- La distribución de los medicamentos fue realizada por los médicos del estudio, quienes determinaron la dosis a administrar. Se llevó un registro detallado de la administración de los medicamentos para garantizar la correcta asignación de tratamiento a cada participante.</p> <p style="text-align: center;">Instrumentos y técnicas</p> <p>Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton - Versión de Síntomas Atípicos (SIGH-ADS29). Se utilizaron los criterios diagnósticos para el Trastorno depresivo mayor según la Entrevista Clínica semiestructurada del DSM-5.</p> <p style="text-align: center;">Temporalización</p> <p>Durante 8 semanas.</p>	
OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
<p>4) O'Hara, M. W., Pearlstein, T., Stuart, S., Long, J. D., Mills, J. A., & Zlotnick, C. (2019). A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Journal of Affective Disorders, 245, 524–532. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.361</p>		
<p style="text-align: center;">Objetivo</p> <p>El objetivo del estudio fue investigar la eficacia de la sertralina y la psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión posparto en comparación</p>	<p style="text-align: center;">Diseño</p> <p>Ensayo clínico aleatorizado controlado de 3 brazos paralelos.</p> <p style="text-align: center;">Muestra</p> <p>Número de participantes en el estudio (n=162).</p> <p>Sexo: mujeres</p>	<p>-No se encontraron diferencias significativas en la medida principal de depresión (HamD-17) entre los grupos de tratamiento con sertralina, terapia interpersonal (IPT) y placebo. Sin embargo, se observó que la sertralina en combinación con la gestión clínica (CM) tuvo un</p>

<p>con un placebo, evaluando su impacto en los síntomas depresivos y en el ajuste social de las mujeres en el posparto.</p>	<p>X edad: entre 18 y 45 años Diagnóstico: depresión postparto</p> <p style="text-align: center;">Método</p> <p>162 mujeres con depresión postparto fueron asignadas aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: terapia interpersonal (IPT), sertralina con CM, y placebo con CM durante 12 semanas (cada grupo) ("CM"- combinación de la administración de la medicación (sertralina) con sesiones de psicoterapia interpersonal para proporcionar un tratamiento completo y personalizado a las mujeres participantes). Se evaluaron la depresión y la adaptación social al inicio y en las semanas 4, 8 y 12. Se utilizó regresión lineal de efectos mixtos (LMER) para el análisis de datos longitudinales. La dosis de sertralina comenzó en 25 mg y se aumentó gradualmente hasta 200 mg en la semana once, según la tolerancia del paciente. Los efectos secundarios se monitorearon utilizando la autoevaluación de la gravedad proporcionada por el sujeto.</p> <p style="text-align: center;">Instrumentos y técnicas</p> <p>Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh (EPDS), Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje 1 (SCID), Escala de Depresión de Hamilton (HamD-17), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad- Depresión General (IDAS-GD) y Escala de Impresiones Clínicas Globales- Escala de Gravedad de Enfermedad y Mejoría (CGI) y Cuestionario de Adaptación Postparto (PPAQ)</p> <p style="text-align: center;">Temporalización</p> <p>12 semanas</p>	<p>efecto significativo en la mejora de los síntomas depresivos en comparación con la IPT y el placebo a lo largo de las 12 semanas de tratamiento.</p> <p>-Las técnicas específicas de Mothercrafting (técnicas específicas relacionadas con la edad y el desarrollo del bebé) incorporadas en las sesiones de tratamiento contribuyeron a las mejoras en los síntomas depresivos y el ajuste social de las mujeres en el estudio</p> <p>- A pesar de esta diferencia, todas las mujeres en el estudio, independientemente del grupo de tratamiento, experimentaron mejoras significativas en la depresión y el ajuste social durante el período de estudio. Esto sugiere que tanto la terapia activa como la medicación pueden ser beneficiosas para las mujeres postparto con depresión</p>
---	---	--

OBJETIVO	METODOLOGÍA	RESULTADOS
<p>5) Kollahdooz G, Vosough I, Sepahi S, Mohajeri SA. The effect of crocin versus sertraline in treatment of mild to moderate postpartum depression: a double-blind, randomized clinical trial. Int Clin Psychopharmacol. 2023 Jan 1;38(1):9-15. doi: 10.1097/YIC.0000000000000426.</p>		
<p>Objetivo El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la crocina en comparación con la sertralina en mujeres con DPP de leve a moderada</p>	<p>Diseño Ensayo clínico aleatorizado doble ciego</p> <p>Muestra Número de participantes en el estudio (n= 64) Sexo: mujeres Edad: 18 a 45 años Diagnóstico: DPP</p> <p>Método 64 mujeres diagnosticadas con DPP según el DSM-5, fueron asignadas aleatoriamente para recibir crocina (15 mg) o sertralina (50 mg) diariamente durante 3 meses. Para cada paciente que participó en el proyecto, se explicó la duración del uso del medicamento y los posibles efectos secundarios al ingresar al plan del proyecto en un lenguaje simple y comprensible.</p> <p>Instrumentos y técnicas Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en las pacientes. Además, se realizaron entrevistas telefónicas para el seguimiento de las pacientes.</p> <p>Temporalización 3 meses</p>	<p>- Los resultados del estudio mostraron que tanto crocina como sertralina tuvieron un efecto significativo en la reducción de los puntajes de BDI-II y BAI después de 3 meses de tratamiento. No se observaron diferencias significativas entre crocina y sertralina en cuanto a la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad. Después de 3 meses, la mayoría de las pacientes en ambos grupos alcanzaron puntajes normales en BDI.</p> <p>- 13 mujeres presentaron efectos secundarios (cuatro participantes en el grupo de crocina y nueve participantes en el grupo de sertralina) como complicaciones gastrointestinales (náuseas y constipación), hipersomnia, vértigo e insuficiencia de lactancia en ambos grupos. No se observaron otros efectos secundarios de los ISRS, como disfunción sexual e insomnio, en ninguno de los grupos.</p>

Tabla 5

Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el primer estudio

<p>1. Hantsoo, L., Ward-O'Brien, D., Czarkowski, K., Gueorguieva, R., Price, L., & Epperson, C. (2014). A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. <i>Psychopharmacology</i>, 231(5), 939–948. https://doi.org/10.1007/s00213-013-3316-1</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo	“Un ensayo aleatorio, controlado con placebo y doble ciego”
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección (resultados notificados por el paciente))	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección) (mortalidad)	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Bajo riesgo	“6 semanas de duración de sertralina con un período inicial de placebo de 1 semana”
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Bajo riesgo	No hay constancia de que hubiese resultados >6 semanas
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Sesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto, aunque tampoco se menciona que alguno de los datos se ocultase con alguna finalidad.

Tabla 6

Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el segundo estudio

2. Milgrom, J., Gemmill, A. W., Ericksen, J., Burrows, G., Buist, A., & Reece, J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: A randomised controlled trial. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i> , 49(3), 236–245. https://doi.org/10.1177/0004867414565474		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo	“Ensayo clínico aleatorizado de 3 grupos paralelos”
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Bajo riesgo	“Las mujeres elegibles que dieron su consentimiento fueron asignadas a los tratamientos al azar en una proporción de 1:1:1”
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Alto riesgo	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto. Debido a la naturaleza de las intervenciones (tratamiento psicológico vs. medicación), podría ser difícil implementar un cegamiento completo para los participantes.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)	Bajo riesgo	“Se preparó un programa de aleatorización de bloques permutados de longitud variable, generado y administrado por una persona independiente”
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección) (mortalidad)	Bajo riesgo	“Se preparó un programa de aleatorización de bloques permutados de longitud variable, generado y administrado por una persona independiente”
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Bajo Riesgo	“Se realizó un análisis de intención secundario para abordar los datos perdidos”
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.

Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.
--	-------------------	--

Tabla 7

Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el tercer estudio

<p>3. Wisner KL, Sit DK, Moses-Kolko EL, Driscoll KE, Prairie BA, Stika CS, Eng HF, Dills JL, Luther JF, Wisniewski SR. Transdermal Estradiol Treatment for Postpartum Depression: A Pilot, Randomized Trial. J Clin Psychopharmacol. 2015 Aug;35(4):389-95. https://doi.org/10.1097/grf.0b013e3181b5a395</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo	"Ensayo piloto aleatorizado de 3 brazos"
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Bajo riesgo	"El personal principal del estudio (enfermera, entrevistadores y asistentes de investigación) desconocía la asignación del tratamiento."
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Bajo riesgo	"El personal principal del estudio (enfermera, entrevistadores y asistentes de investigación) desconocía la asignación del tratamiento."
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección (resultados notificados por el paciente))	Bajo riesgo	"El personal principal del estudio (enfermera, entrevistadores y asistentes de investigación) desconocía la asignación del tratamiento."
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección) (mortalidad)	Bajo riesgo	"Todos los evaluadores permanecieron ciegos a la asignación del fármaco al sujeto hasta que se completó el ensayo."
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.

Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Bajo riesgo	8 semanas de duración, no se informa de resultados posteriores.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto

Tabla 8

Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el cuarto estudio

<p>4. O'Hara, M. W., Pearlstein, T., Stuart, S., Long, J. D., Mills, J. A., & Zlotnick, C. (2019). A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Journal of Affective Disorders, 245, 524–532. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.361</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo	“Ensayo clínico aleatorizado controlado de 3 brazos paralelos”.
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Bajo riesgo	"Se asignaron aleatoriamente a los participantes a diferentes grupos de tratamiento para comparar la efectividad de sertralina, psicoterapia interpersonal y placebo en la DPP”"
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Alto riesgo	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto. Debido a la naturaleza de las intervenciones (tratamiento psicológico vs. medicación), podría ser difícil implementar un cegamiento completo para los participantes.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección (resultados notificados por el paciente)	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.

Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección) (mortalidad)	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo bajo	8 semanas de duración, no se informa de resultados posteriores.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Riesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto.

Tabla 9

Riesgo de Sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane para el quinto estudio

<p>5. Kolahdooz G, Vosough I, Sepahi S, Mohajeri SA. The effect of crocin versus sertraline in treatment of mild to moderate postpartum depression: a double-blind, randomized clinical trial. Int Clin Psychopharmacol. 2023 Jan 1;38(1):9-15. doi: 10.1097/YIC.0000000000000426.</p>		
Ítem	Evaluación	Apoyo para la valoración
Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Bajo riesgo	“Ensayo clínico aleatorizado doble ciego”
Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección (resultados	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador

notificados por el paciente)		conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección) (mortalidad)	Bajo riesgo	Se trata de un estudio “doble ciego” por lo que ni los participantes ni el investigador conocen el tratamiento o la intervención que reciben los participantes hasta que termina el ensayo clínico.
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Sesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto
Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Riesgo bajo	3 meses de duración, no se informa de resultados posteriores.
Notificación selectiva (sesgo de notificación)	Sesgo poco claro	En el estudio no se recoge información sobre este aspecto

Tabla 10*Selección de estudios*

Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha acceso	N° de resultados total
PubMed/MEDLINE	Academic Search Ultimate	Noviembre 2023	03/02/2024	62
PsycINFO	Academic Search Ultimate	Noviembre 2023	03/02/2024	29
CINAHL	Academic Search Ultimate	Noviembre 2023	03/02/2024	16
TOTAL				112
TOTAL FILTRANDO FECHA DE PUBLICACIÓN				41
DUPLICADOS manualmente				2
TOTAL SIN DUPLICADOS				39
SELECCIÓN TÍTULO ABSTRACT				10
ARTÍCULOS NO LOCALIZADOS				0
MOTIVOS DE EXCLUSIÓN				
PACIENTE				2
INTERVENCIÓN				3
INCLUIDOS REVISIÓN				5 ESTUDIOS

Tabla 11*Recopilación de estudios excluidos*

Estudios Excluidos
Motivo de Exclusión: Paciente
<ol style="list-style-type: none"> 1. Heinonen, E., Blennow, M., Blomdahl-Wetterholm, M., Hovstadius, M., Nasiell, J., Pohanka, A., Gustafsson, L. L., & Wide, K. (2021). Sertraline concentrations in pregnant women are steady and the drug transfer to their infants is low. <i>European Journal of Clinical Pharmacology</i>, 77(9), 1323–1331. https://doi.org/10.1007/s00228-021-03122-z 2. Kott, J. M., Mooney-Leber, S. M., & Brummelte, S. (2019). Developmental outcomes after gestational antidepressant treatment with sertraline and its discontinuation in an animal model of maternal depression. <i>Behavioural Brain Research</i>, 366, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2019.03.003
Motivo de exclusión: Intervención/ Diseño
<ol style="list-style-type: none"> 3. Adis Medical Writers dtp@ adis. com. (2019). Manage postpartum depression with psychosocial strategies, psychotherapy and/or pharmacotherapy based on its severity. <i>Drugs & Therapy Perspectives</i>, 35(11), 546-549. https://doi.org/10.1007/s40267-019-00669-x 4. Molyneaux, E., Howard, L. M., McGeown, H. R., Karia, A. M., & Trevillion, K. (2017). Antidepressant Treatment for Postnatal Depression. <i>Issues in Mental Health Nursing</i>, 38(2), 188–190. https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1182409 5. Cuomo, A., Maina, G., Neal, S. M., De Montis, G., Rosso, G., Scheggi, S., Beccarini Crescenzi, B., Bolognesi, S., Goracci, A., Coluccia, A., Ferretti, F., & Fagiolini, A. (2018). Using sertraline in postpartum and breastfeeding: balancing risks and benefits. <i>Expert Opinion on Drug Safety</i>, 17(7), 719–725. https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1491546

Tabla 12*Evaluación de la calidad CASPe para Ensayos Clínicos Aleatorizados*

ESTUDIOS	1. Hantsoo et al. (2014)	2. Milgrom et al. (2015)	3. Wisner et al. (2020)	4. O' Hara et al. (2019)	5. Kollahdooz et al., (2023)
Tema definido	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Asignación aleatoria	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI
Mantuvo comparabilidad	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SI
Adecuado manejo de pérdidas	NO SÉ	SÍ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ
Adecuada medición de desenlaces	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Se evitó comunicación selectiva de resultados	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO SÉ
Efecto del tratamiento para cada desenlace	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Precisión de estimadores del efecto (IC)	SÍ: 95%	SÍ: 95%	SÍ: 95%	SÍ: 95%	SÍ: 95%
¿Se pueden aplicar a tu medio?	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
¿Se han considerado todos los resultados para decidir?	NO SÉ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Beneficios merecen la pena	SÍ	SÍ	NO SÉ	SÍ	SÍ
Total	9	11	9	10	9

Nota: Esta tabla muestra la calidad de los estudios evaluados a través de la escala "Critical Appraisal Skills Programme en español (CASPe)" (Cabello, 2005)

Tabla 13

Resultados de los estudios individuales.

Autor y año	Objetivo del estudio	Estadísticos	Instrumentos	Resultados	IC
Hantsoo et al., (2015).	Comparativa de la eficacia de Sertralina vs placebo en el tratamiento de la DPP.	Se utilizaron análisis de modelos mixtos para evaluar las tendencias temporales en las variables de resultado (HAM-D, HAM-A y EPDS). Se realizaron pruebas de Chi-cuadrado, pruebas exactas de Fisher y análisis de modelos mixtos para comparar los grupos de tratamiento y evaluar los efectos a lo largo del tiempo.	Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS).	Se encontró que la sertralina produjo una tasa de respuesta significativamente mayor del 59% en comparación con el placebo, que tuvo una tasa de respuesta del 26%. Además, la sertralina mostró una tasa de remisión más del doble (53%) en comparación con el placebo (21%). No hubo efectos adversos causados por la sertralina	95%
Milgrom et al., (2014).	Comparativa de la eficacia entre TCC, Sertralina y terapia combinada en el tratamiento de la DPP	Se utilizó un diseño ANOVA factorial mixto de 3x12 para examinar las disparidades entre los grupos. Pruebas post-hoc de la interacción, utilizando efectos principales simples con niveles de α ajustados por Bonferroni. Se cuantificó el tamaño del efecto mediante eta-cuadrado parcial (η^2) para todas las inferencias obtenidas. Utilizando el programa estadístico IBM SPSS.	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Índice de estrés parental (PSI).	Se observó que los síntomas de depresión y ansiedad se redujeron significativamente después de los tres tratamientos. La TCC como monoterapia fue encontrada superior a la sertralina como monoterapia y a la terapia combinada después de 12 semanas. Además, el grupo de TCC como monoterapia mostró avances iniciales más rápidos después del inicio del tratamiento. No se registraron efectos adversos en las mujeres a las que se les administró sertralina.	95%

Wisner et al., (2015).	Evaluar la eficacia de Estradiol Transdérmico vs Sertralina en el tratamiento de la DPP	Se empleó t de Student o ANOVA para comparar grupos con distribución normal, y la prueba U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para variables no normales. Para variables categóricas, se usaron Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se aplicó un modelo lineal mixto de medidas repetidas al SIGH-ADS29. Utilizando el programa estadístico IBM SPSS.	Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton - Versión de Síntomas Atípicos (SIGH-ADS29). Se utilizaron los criterios diagnósticos para el Trastorno depresivo mayor según la Entrevista Clínica semi estructurada del DSM-.	El estudio se interrumpió debido a concentraciones séricas de estradiol más bajas de lo esperado. No se proporcionaron resultados específicos sobre la eficacia del tratamiento con estradiol, sertralina o placebo en la DPP	95%
O'Hara et al., (2018).	Comparativa de la eficacia entre la terapia interpersonal y la sertralina en el tratamiento de la DPP	Se realizó una regresión de efectos mixtos lineales (REML) para analizar datos longitudinales. Se empleó el efecto grupo x tiempo para determinar cómo difiere la tasa de cambio del resultado entre los grupos. Además, se llevó a cabo un análisis adicional de eficacia para evaluar las pruebas BDI, IDAS-GD, CGI y PPAG.	Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), Escala de Depresión de Postparto de Edinburg (EPDS), Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje 1 (SCID), Escala de Depresión de Hamilton (HamD-17), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad- Depresión General (IDAS-GD) y Escala de Impresiones Clínicas Globales- Escala de Gravedad de Enfermedad y Mejoría (CGI) y Cuestionario de Adaptación Postparto (PPAQ)	Se observó una mejora significativa en los síntomas de depresión y ajuste social. Tanto la sertralina, el placebo como la psicoterapia interpersonal demostraron eficacia similar. Sin embargo, se observó que la sertralina en combinación con la gestión clínica (CM-IPT) tuvo un efecto significativo en la mejora de los síntomas depresivos en comparación con la IPT y el placebo a lo largo de las 12 semanas de tratamiento. La sertralina destacó en la Escala de Depresión General IDAS, y la lactancia materna se asoció con una mejor adherencia al tratamiento.	95%
Kolahdooz et al., (2023).	Evaluación del efecto de la crocina en comparación con la sertralina en mujeres con DPP de leve a moderada	Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar la normalidad de los datos cuantitativos, ANOVA de medidas repetidas seguido de la prueba post hoc de Bonferroni para comparaciones entre subgrupos y entre grupos, la prueba t de Student emparejada para comparar dentro de cada grupo, y la prueba exacta de Fisher y la prueba de chi-cuadrado para evaluar datos demográficos y la frecuencia de efectos secundarios.	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad en las pacientes.	Tanto la crocina como la sertralina fueron efectivos para reducir los síntomas de depresión y ansiedad después de 3 meses de tratamiento. No hubo diferencias significativas entre ambos en términos de eficacia. La mayoría de las pacientes en ambos grupos alcanzaron puntajes normales en depresión después de 3 meses. 13 mujeres experimentaron efectos secundarios, siendo cuatro en el grupo de crocina y nueve en el grupo de sertralina.	95%

Figura 2*Resumen del Riesgo de Sesgo (Cochrane)*

	Generación de la secuencia aleatorizada (sesgo de selección)	Ocultación de la asignación (sesgo de selección)	Cegamiento de los participantes (sesgo de realización)	Cegamiento de los evaluadores (sesgo de selección) (resultados notificados por el paciente)	Cegamiento de los evaluadores (sesgo de detección) (mortalidad)	Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más corto plazo) [2 a 6 semanas]	Manejo de los datos de resultado incompletos (sesgo de desgaste) (resultados a más largo plazo) [>6 semanas]	Notificación selectiva (sesgo de notificación)
Hantsoo et al. (2014)								
Milgrom et al. (2015)								
Wisner et al. (2015)								
O' Hara et al. (2018)								
Kolahdooz et al., (2023)								

Figura 3

Gráfico del riesgo de sesgos de los estudios incluidos mediante Cochrane

