



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN No. 3 DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

“DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ”

CMN SIGLO XXI

“Incidencia de depresión y su relación con la evolución de los pacientes

Medicina Interna del HE CMN Siglo XXI”

R 2010 3601-76

TESISTA:

Dra. Lorena Olivares Ochoa

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD:

MEDICINA INTERNA

TUTOR:

Dra. Elsa Aburto Mejía

Médico Internista. Adscrito a el Servicio de Medicina Interna de Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”. Instituto Mexicano del Seguro Social.



MEXICO, D.F.

FEBRERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DOCTORA
DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**

**DOCTOR
HAIKO NELLEN HUMMEL
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
MEDICINA INTERNA**

**DOCTORA
ELSA ABURTO MEJÍA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
MEDICINA INTERNA**

A...

Carla Lorena Meza Olivares... por la alegría,

Carmen Ochoa Munguía... por el apoyo,

Carlos Alberto Meza Álvarez... por la compañía y amor para Carla,

Dra. Elsa Aburto Mejía... por la asesoría y paciencia,

Dr. Haiko Nellen Hummel... por la disposición y el buen ejemplo.

GRACIAS.

INDICE

	TITUTLO	Pag.
	Resumen	1
1	Antecedentes	4
2	Justificación	8
3	Planteamiento del problema	8
4	Objetivos	9
5	Material y métodos	13
6	Consideraciones éticas	14
7	Resultados	14
8	Análisis de resultados	21
13	Conclusiones	23
14	Bibliografía	24
15	Anexos	26



REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación _____ Unidad de Adscripción _____
Autor _____
Apellido Paterno OLIVARES Materno OCHOA Nombre LORENA
Matricula 99386476 Especialidad MEDICINA INTERNA
Fecha Grad. _____ No. de Registro _____

Título de la tesis:

“Incidencia de depresión y su relación con la evolución de los pacientes Medicina Interna del HE CMN Siglo XXI”

Resumen:

Antecedentes: La depresión es una enfermedad frecuente y relacionada con otras enfermedades como la Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémica, Infección por VIH, etc. por mencionar algunas. Esta enfermedad es subestimada en los pacientes que ingresan al servicio de Medicina Interna debido a la gravedad del resto de padecimientos que los aqueja y que suele ser el motivo de su internamiento. Material y método: Se realizó el test de Golberg para detectar depresión en los pacientes que ingresaron al servicio de Medicina Interna durante un mes y se evaluó su evolución durante el internamiento, se utilizó el programa SPSS para el análisis de datos. Resultados: Encontramos que la incidencia de depresión en los pacientes que ingresan al servicio de medicina interna es alta :61.3%. Existe alta Incidencia de depresión en pacientes del sexo masculino. Hay relación entre la depresión y la comorbilidad. El destino final está relacionado con la gravedad del padecimiento que es motivo de ingreso más que con la depresión. Hay relación entre los antecedentes heredofamiliares de enfermedad psiquiátrica y el diagnostico de depresión.

Palabras Clave:

1) depresión 2) comorbilidad 3) incidencia
4) _____ 5) _____ Pags. 29 Ilus.14

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada)

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: _____
Tipo de Diseño: _____
Tipo de Estudio: _____

**“Incidencia de depresión y su relación con la evolución de los pacientes Medicina Interna del HE
CMN Siglo XXI”**

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.

En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad.

Se estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

La concurrencia de patología física y psiquiátrica puede complicar el diagnóstico, la evolución y el tratamiento de los pacientes. Esto ha llevado a investigar el efecto de esta comorbilidad, determinándose que estos pacientes sufren de mayores niveles de discapacidad y sus costos de atención resultan más altos: permanecen hospitalizados por más tiempo, requieren de más y más sofisticados exámenes de diagnóstico, presentan con mayor frecuencia rehospitalizaciones, demandan más tiempo profesional y su respuesta a los tratamientos parece ser menos satisfactoria.

Entre los pacientes hospitalizados es esperable encontrar niveles importantes de síntomas psiquiátricos asociados a la presencia de enfermedades médicas, muchas de ellas crónicas, y al estrés de la hospitalización. Tapia *et al.* estudiaron la prevalencia de trastornos psiquiátricos en 132 pacientes del Hospital J.J.Aguirre utilizando como instrumento de detección el Cuestionario de Salud General de Goldberg, en su versión de 30 preguntas (GHQ-30), encontrando que el 36,4% de los pacientes tenían un trastorno psiquiátrico, siendo más prevalentes entre las mujeres. Una cifra más alta es la reportada por Hernández *et al.*, en los pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital Barros Luco

Trudeau, en donde detectaron una prevalencia de 62,2% de trastornos psiquiátricos según DSM-III, utilizando la entrevista estructurada SCID. Los estudios internacionales entregan porcentajes cercanos al 50% de comorbilidad entre pacientes hospitalizados. La gran mayoría de estos trabajos se ha centrado en la detección de depresión y adicciones, lo mismo que en el estudio de pacientes con patologías médicas específicas.

Nuestro estudio busca la depresión en los pacientes entre 18 y 60 años que se hospitalizan en el servicio de Medicina Interna de la UMAE CMN Siglo XXI y la relación de ésta con la evolución de los pacientes durante la hospitalización.

Concluimos que la frecuencia de depresión al ingreso al servicio de medicina interna en pacientes menores de 60 años es alta, por lo que se debe realizar un escrutinio específico para su diagnóstico oportuno. Este estudio demuestra que es probable que la depresión masculina esté subestimada. El destino final de los pacientes está relacionado con la menor gravedad a su ingreso. Se requiere seguimiento durante un mayor tiempo para evaluar la presencia de complicaciones y/o reingresos asociados a la misma. Se demostró una relación entre el número de enfermedades previas o comorbilidad y la existencia de depresión. Existe una mayor incidencia de depresión en pacientes con antecedentes heredofamiliares de enfermedades psiquiátricas.

1. Datos del alumno (Autor)	1. Datos del alumno
Apellido Paterno: Apellido materno: Nombre Teléfono Universidad Facultad o escuela Carrera: No. de cuenta	Olivares Ochoa Lorena 56 75 70 16 Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina Medicina Interna 9622806-9
2. Datos del asesor	2. Datos del asesor (es)
Apellido paterno: Apellido materno: Nombre (s)	Aburto Mejía Elsa
3. Datos de la tesis	3. Datos de la Tesis
Título: Subtítulo No. de páginas Año:	Incidencia de depresión y su relación con la evolución de los pacientes Medicina Interna del HE CMN Siglo XXI 2011

Incidencia de depresión y su relación con la evolución de los pacientes que ingresan al Servicio de Medicina Interna del HE CMN Siglo XXI.

INTRODUCCION

La depresión constituye una de las principales causas de pérdida de un año saludable de vida. A pesar de ello, en la mayor parte de los casos, tanto la comunidad como diversos niveles del sistema de atención a la salud, la pasan por alto, circunstancia que provoca serias consecuencias tanto de orden social como en el área de la salud pública (1)

La depresión es un padecimiento crónico y recurrente que afecta a la calidad de vida y funcionalidad de los individuos que la padecen. Los individuos medicamente enfermos tienen una alta prevalencia de trastornos depresivos (2)

La depresión es el estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: Disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito (3)

Las escalas de evaluación y diagnóstico de depresión de más fácil y frecuente utilización, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exigen un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación, son las siguientes (4):

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.
- Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS).
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS).
- Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage.

Otros cuestionarios útiles en Atención Primaria son:

- Escala Autoaplicada para la medida de la Depresión de Zung y Conde.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- Patient Health Questionnaire(PHQ-9).

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

La Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) es la de mayor uso para evaluar la depresión, considerándose la escala-patrón de todas las escalas de su tipo. No es una escala diagnóstica, por lo que su uso debe ser posterior al diagnóstico de depresión. Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno y también puede ser utilizada para evaluar la efectividad del tratamiento.

La Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). Es un instrumento muy útil, válido y fiable para evaluar la depresión. Constituye un apoyo para confirmar la sospecha de diagnóstico. Es especialmente sensible para detectar los cambios del estado depresivo, si se pasa con intervalos de tiempos diferentes. El clínico debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (2, 4, 6) o a los niveles intermedios (1, 3, 5).

La Escala Geriátrica abreviada de la Depresión de Yesavage es una escala adaptada específicamente a la población anciana. Es muy importante la valoración previa del posible deterioro cognitivo, ya que este puede invalidarla. Exige muy poco tiempo para su administración, evitando y reduciendo así problemas relacionados con la fatiga y atención que pudiesen surgir en la evaluación de este grupo. Es de gran utilidad como herramienta de apoyo para realizar un diagnóstico precoz. El médico debe conocer que existen múltiples patologías capaces tanto de producir como mimetizar cuadros ansiosos o depresivos, en los que tratando correctamente la enfermedad causal cuando ello es posible, podrían revertirse dichos cuadros.

En éste protocolo no debemos pasar por alto que existe también la depresión asociada a enfermedades médicas.

DEPRESION ASOCIADA A ENFERMEDADES MÉDICAS

La depresión que aparece en el contexto de una enfermedad orgánica es difícil de valorar.

La sintomatología depresiva puede reflejar:

- El estrés psicológico de afrontar la enfermedad.
- Deberse al propio proceso de enfermedad o a la medicación administrada.
- Puede simplemente coexistir en el tiempo con el diagnóstico médico.

Prácticamente todos los tipos de fármacos contienen algún agente capaz de inducir depresión. Antihipertensivos, hipocolesterolemiantes y antiarrítmicos son disparadores comunes de síntomas depresivos (y son también los fármacos que con mayor frecuencia se usan en pacientes que ingresan al servicio de Medicina Interna).

Entre los antihipertensivos los que más tienden a producir un estado de ánimo deprimido son los antiadrenérgicos beta y, en menor grado, los antagonistas de calcio

Es preciso valorar la posibilidad de depresión iatrogenia en los pacientes que toman glucocorticoides, antimicrobianos, analgésicos generalizados, antiparkinsonianos y anticonvulsivos.

Para decidir si existe una relación causal entre el tratamiento farmacológico y el cambio del estado de ánimo del paciente, es preciso estudiar la cronología de los síntomas y, a veces, llevar a cabo incluso un ensayo empírico con un medicamento alternativo.

Se sabe que de 20 a 30% de los enfermos del corazón presentan un trastorno depresivo; un porcentaje mayor experimenta síntomas depresivos cuando se utilizan las escalas de autoinforme. Los síntomas de depresión surgen después de angina inestable, infarto del miocardio o trasplante de corazón, y entorpecen la rehabilitación. Se acompañan de índices mayores de mortalidad y complicaciones médicas. Los individuos deprimidos suelen mostrar menor variabilidad de la frecuencia cardíaca (un índice que refleja la menor actividad en el sistema nervioso parasimpático), y se ha planteado que éste pudiera ser el mecanismo por el que la depresión puede predisponer a las personas a arritmias ventriculares y con ello a un incremento en la morbilidad. Al parecer la depresión también agrava el

peligro de presentar cardiopatía coronaria; se ha dicho que una de las posibles causas es la mayor agregación plaquetaria inducida por serotonina. Los antidepresivos tricíclicos están contraindicados en personas con bloqueo de rama derecha del haz de His y la taquicardia inducida por los antidepresivos constituye un punto adicional de preocupación en individuos en insuficiencia cardíaca congestiva. Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina al parecer no inducen cambios ECG ni alteraciones en el corazón, y de este modo, constituyen fármacos razonables de primera línea para personas en peligro de mostrar complicaciones por los antidepresivos tricíclicos. Sin embargo los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina pueden interferir en el metabolismo de los anticoagulantes por el hígado y con ello prolongar o intensificar la anticoagulación (5,6).

En pacientes con diagnóstico de cáncer la prevalencia media de depresión es de 25%, pero tal problema surge en 40 a 50% de los individuos con cáncer del páncreas o la bucofaringe. La caquexia extrema que es frecuente en algunos cancerosos puede ser interpretada erróneamente como parte del conjunto sintomático de la depresión; sin embargo, persiste una prevalencia mayor de depresión en personas con cáncer pancreático, en comparación con las que tiene cáncer gástrico en etapa avanzada. Se ha demostrado que el inicio del uso de los antidepresivos en los pacientes con cáncer mejora su modo de vida y su ánimo. Las estrategias psicoterápicas y en particular la terapia de grupo pudieran tener alguna influencia en ciclos breves de depresión, ansiedad y dolor y, se especula en los índices de recidiva y de supervivencia a largo plazo (7).

La depresión aparece a menudo en individuos con trastornos del sistema nervioso, en particular los de tipo cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, demencias, esclerosis múltiple y lesión encefálica traumática. Se sabe que uno de cada cinco individuos con accidente cerebrovascular del hemisferio izquierdo que afecta la corteza frontolateral dorsal presenta depresión profunda. La depresión de comienzo tardío en personas que por lo demás son normales en sus funciones cognitivas agrava el peligro de que más adelante surja la enfermedad de Alzheimer. Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son eficaces contra tales depresiones, y también lo son los estimulantes y, en algunos pacientes, los inhibidores de la monoaminoxidasa.

La prevalencia notificada de depresión en individuos con diabetes mellitus varía de 8 a 27%, y la profundidad de las alteraciones del ánimo guarda relación con el nivel de hiperglucemia y la presencia de complicaciones de la diabetes. El tratamiento de la depresión puede complicarse por el efecto de los antidepresivos en el control de la glucemia. Los IMAO pueden inducir hipoglucemia e incremento ponderal. Un posible efecto de los antidepresivos tricíclicos es hiperglucemia y apetito irrefrenable por

carbohidratos. Los ISRS, a semejanza de los IMAO, pueden disminuir el valor de glucosa plasmática en el ayuno, pero son más fáciles de utilizar y con frecuencia mejoran el cumplimiento de órdenes dietéticas y de farmacoterapia.

El hipotiroidismo se asocia a menudo con síntomas de depresión, sobre todo con estado de ánimo deprimido y alteración de la memoria. Los estados hipotiroideos también pueden dar lugar a estos cuadros, en especial en la población geriátrica. El restablecimiento de la función tiroidea normal suele ir acompañado de mejoría del estado de ánimo, pero a veces es necesario añadir un tratamiento antidepressivo. Los pacientes con hipotiroidismo subclínico pueden sufrir síntomas de depresión y dificultades cognitivas que responden al tratamiento de sustitución tiroidea.

Se ha calculado que la prevalencia permanente de depresión en sujetos VIH-positivos va de 22 a 45%. La relación entre la depresión y el avance de la enfermedad es multifactorial y posiblemente abarque factores psicológicos y sociales, alteraciones en la función inmunitaria u enfermedades del sistema nervioso central. La infección por hepatitis C crónica también se acompaña de depresión y a veces empeora al administrar interferón alfa.

Algunos trastornos crónicos de origen desconocido, como el síndrome de fatiga crónica y la fibromialgia, se relacionan fuertemente con la depresión y la ansiedad, y suelen beneficiarse en parte del uso de antidepressivos, por lo común en dosis menores de lo normal.

JUSTIFICACION

La depresión es una entidad que se encuentra asociado al paciente grave, con comorbilidad en patología crónica y aguda con un impacto en la vida cotidiana, lo cual condiciona que sea subestimada y se deje de lado o se retrase el manejo de la misma, favoreciendo estancias prolongadas con mayores complicaciones, por lo que este estudio pretende evaluar la incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a hospitalización en forma temprana analizando la evolución de los mismos, ya que no existe información estadística en nuestra población, lo cual podría permitir abordajes diagnóstico terapéutico integrales (organico-psicologicos), logrando mejor pronostico.

PREGUNTA GENERAL

1. ¿Cual es la incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a hospitalización en UMAE HE CMN Siglo XXI?

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

1. ¿Los pacientes identificados con depresión presentan estancias mas prolongadas que los pacientes no deprimidos?
2. ¿Los pacientes identificados con depresión presentan mayor número de complicaciones intrahospitalarias?
3. ¿Cuál es la tasa de mortalidad en los pacientes identificados con depresión vs pacientes sin depresión?

HIPOTESIS

1. La incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a hospitalización es mayor a lo reportada en la literatura.
2. Los pacientes identificados con depresión a su ingreso a hospitalización presentan mayor número de complicaciones intrahospitalarias en relaciones a pacientes sin depresión al ingreso.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Todos los pacientes que ingresen a hospitalización Medicina Interna UMAE HE CMN Siglo XXI durante el periodo marzo – abril de 2010.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Edad entre 18 y 60
2. Ambos géneros
3. Que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Que durante su estancia se diagnostique enfermedad neurológica que involucre FMS
2. Que decidan abandonar el estudio
3. Que no sea posible obtener todas la variables
4. Que se pierda el paciente durante su seguimiento.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Que tengan enfermedades neurológicas con alteraciones de FMS no identificadas a su ingreso.

VARIABLES

INDEPENDIENTES

1. Edad
 - a. Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento // Duración de la vida // Duración de una cosa material.
 - b. Definición operativa: Edad consignada en el expediente al momento del ingreso.
 - c. Tipo de variable: Escalar
 - d. Unidad: Numero arábigos 1, 2 etc.
2. Genero:
 - a. Definición conceptual: Colección de seres que tienen entre sí analogías importantes y constantes // Clase, Manera.
 - b. Definición operativa: Género consignado en el expediente al momento del ingreso.
 - c. Tipo de variable: Nominal dicotómica
 - d. Unidad: 1 hombre, 2 mujer
3. Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica:
 - a. Definición conceptual: Que antecede // Hecho anterior que sirve para juzgar hechos posteriores.
 - b. Definición operativa: El conocimiento de enfermedades psiquiátricas que tenga el paciente de sus familiares y que se consignará en la hoja de recolección de datos.
 - c. Tipo de variable: Nominal dicotómica
 - d. Unidad: 1 Si 2 No
4. Enfermedades crónicas:
 - a. Definición conceptual: Alteración en la salud // Anormalidad en el funcionamiento.
 - b. Definición operativa: Las enfermedades crónicas consignadas en los antecedentes personales patológicos.
 - c. Tipo de variable: Nominal dicotómica.
 - d. Unidad: 1 Si 2 No
5. Comorbilidad:
 - a. Definición conceptual:
 - b. Definición operativa: Las enfermedades consignadas en los antecedentes personales patológicos.
 - c. Tipo de variable: Nominal

- d. Unidad
 - 1. Diabetes
 - 2. Hipertensión
 - 3. Hipotiroidismo
 - 4. Cardiopatía
 - 5. Neumopatía
 - 6. Insuficiencia renal no sustituida
 - 7. IR sustituida
 - 8. Neoplasias
 - 9. Otras
- 6. Tiempo de evolución de las enfermedades crónicas.
 - a. Definición conceptual: Duración de los fenómenos.
 - b. Definición operativa: Tiempo de evolución de las enfermedades crónicas consignado en el expediente en años.
 - c. Tipo de variable: escalar
 - d. Unidad: Números arábigos 1, 2, 3, etc.
- 7. Tiempo de evolución del padecimiento actual
 - a. Definición conceptual: Duración de los fenómenos.
 - b. Definición operativa: Tiempo de evolución del padecimiento actual consignado en el expediente en años.
 - c. Tipo de variable: escalar
 - d. Unidad: Números arábigos 1, 2, 3, etc.
- 8. Diagnostico nosológico al momento del ingreso
 - a. Definición conceptual: Calificación que el médico da a una enfermedad.
 - b. Definición operativa: El diagnóstico actual que esté registrado en la nota de ingreso a Medicina Interna y que es motivo de su ingreso.
 - c. Tipo de variable: Nominal
 - d. Unidad:
 - 1. Infección
 - 2. Neoplasica
 - 3. Inmunológica
 - 4. Crónico-degenerativa

5. Sin diagnóstico al ingreso
9. Diagnóstico específico:
 - a. Definición conceptual: Calificación que el médico da a una enfermedad.
 - b. Definición operativa: Diagnóstico actual que esté registrado en la nota de ingreso a Medicina Interna y que es motivo de su ingreso.
 - c. Tipo de variable: Nominal
 - d. Unidad: Descripción específica

DEPENDIENTE

1. Depresión
 - a. Definición Conceptual: Estado de melancolía que hace perder el ánimo // Pérdida de las fuerzas.
 - b. Definición operativa: Si al realizar las pruebas diagnósticas empleadas en este protocolo se hace el diagnóstico de depresión.
 - c. Tipo de variable: Nominal
 - d. Unidad
 1. Si
 2. No
2. Destino final.
 - a. Definición conceptual: Encadenamiento necesario y desconocido de los acontecimientos.
 - b. Definición operativa: La evolución que se observe del paciente durante un mes de internamiento.
 - c. Tipo de variable: Nominal
 - d. Unidad
 1. Alta por mejoría
 2. Alta por defunción
 3. Alta voluntaria
 4. Infección nosocomial
 5. Descontrol de enfermedades crónicas
 6. Falta de respuesta al tratamiento

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, analítico prospectivo.

UNIVERSO DE ESTUDIO

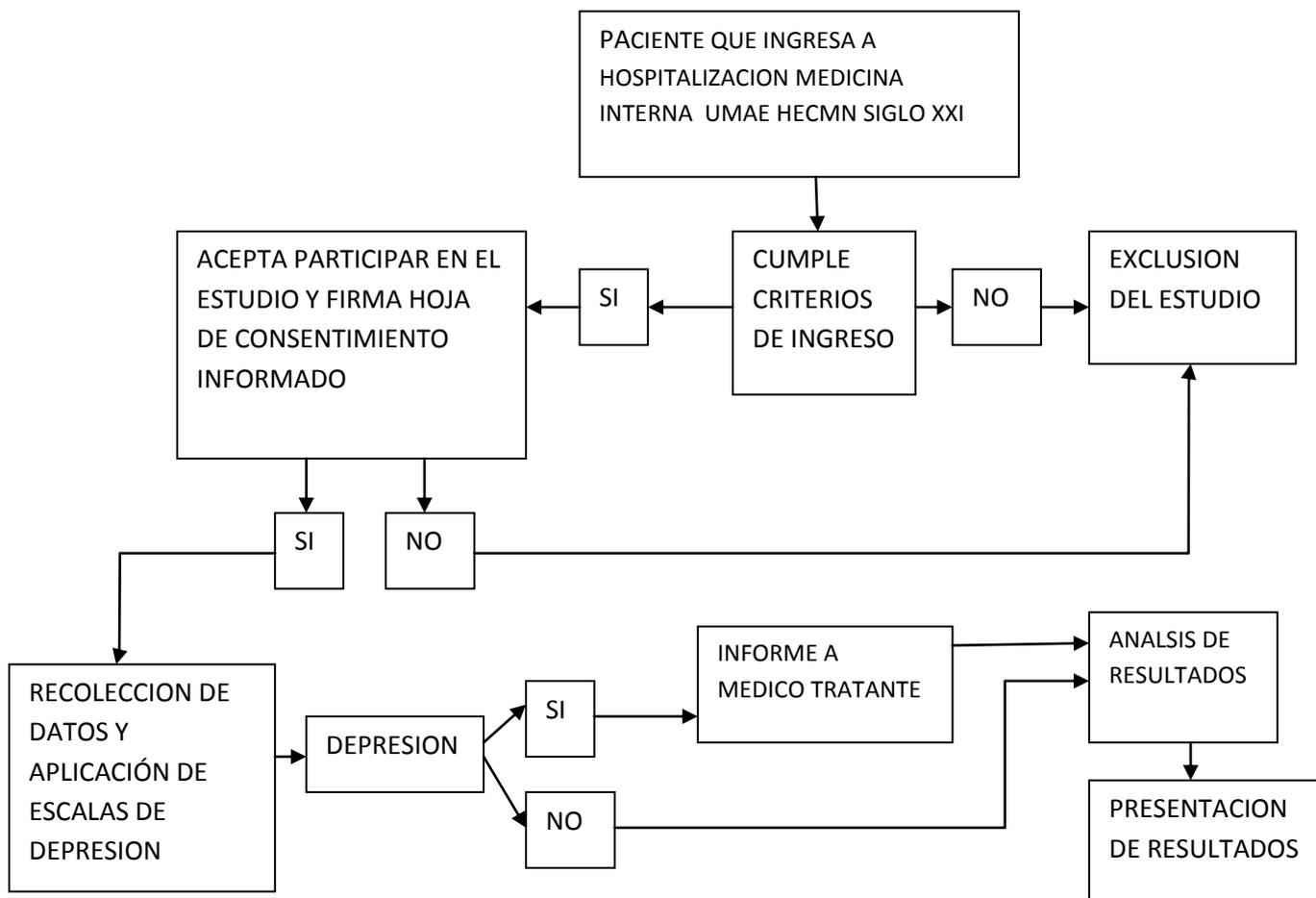
Todos los pacientes que ingresen al servicio de Medicina Interna durante el periodo de estudio que cumplan los criterios de inclusión.

RECURSOS

Equipo de cómputo, hojas para la recolección de datos y otros materiales de papelería (serán proporcionados por investigador y asesor).

METODOLOGIA

Durante el periodo de estudio se captara a los pacientes a su ingreso, aquellos que cumplan los criterios de estudio se les propondrá su participación y de aceptar se solicitara su consentimiento informado, una vez firmado se recolectara la información en la Hoja de recolección de datos (ANEXO II) y se aplicara la escala para el diagnostico de depresión (ANEXO III), la información recolectada se vaciara en las bases de datos de EXCELL y SPSS para su análisis y presentación posterior, se realizara estadística descriptiva y correlación entre la variable dependiente con cada una de las independientes.



CONSIDERACIONES ETICAS

Estudiaremos a pacientes que ingresen durante un mes al Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de CMN Siglo XXI. Se recabarán datos personales del paciente y se aplicaran escalas de depresión previo consentimiento informado (ANEXO I), de realizarse el diagnostico de depresión se informará al médico encargado del paciente en ese momento.

El protocolo se someterá al comité de investigación de la UMAE HECMNSXXI para su aprobación.

La propuesta y la ejecución del presente estudio, no viola la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de Investigación para la Salud ni las Normas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

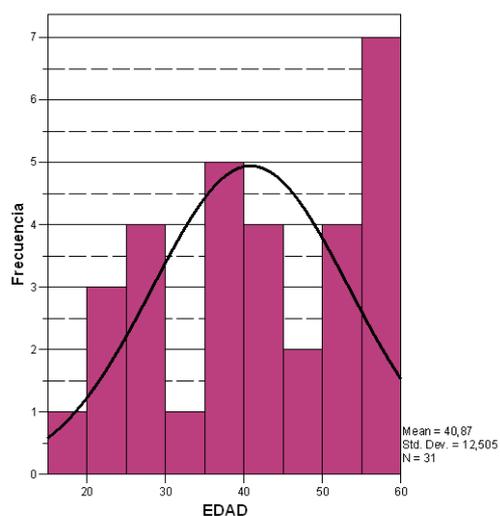
No viola ninguno de los principios básicos para la investigación en seres humanos, establecidos por la declaración de la Asamblea Mundial del Tratado de Helsinki, Finlandia, ni sus revisiones de Tokio, Hong-Kong, Venecia y Edimburgo.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio (marzo- abril 2010) hubo un total de 91 ingreso al servicio de medicina interna de los cuales 31 cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, ninguno de ellos cumplió con criterios de eliminación y se excluyeron 60 pacientes.

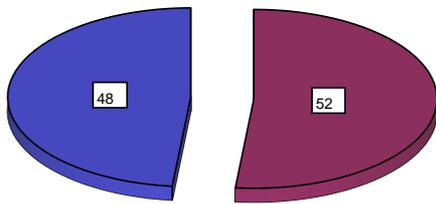
Características demográficas de la población:

La edad de los pacientes tuvo una media de 40.8 años con una DE \pm 12 (Grafica 1)



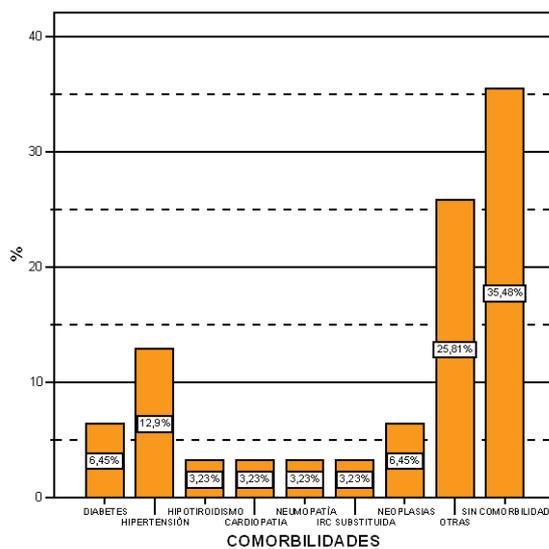
Se incluyeron ambos géneros 51.6% (16) mujeres y 48.4% (15) hombres, (Grafica 2)

GENERO
 ■ FEMENINO
 ■ MASCULINO

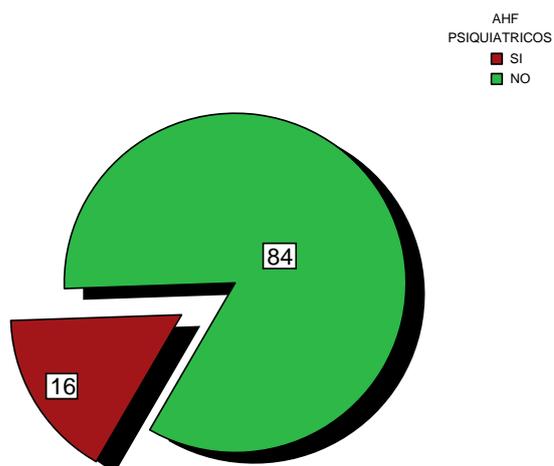


Comorbilidades

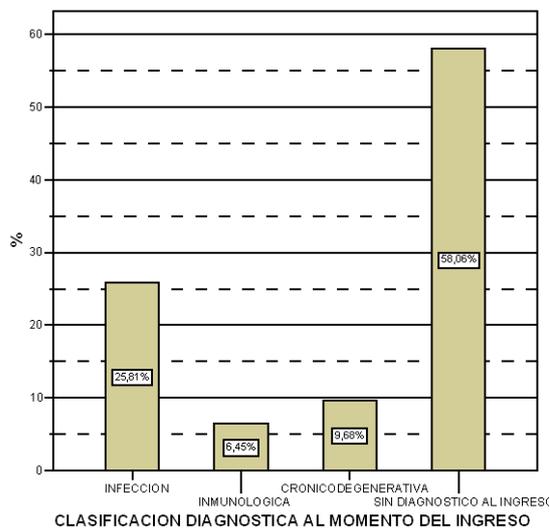
De las comorbilidades destaca la Hipertensión Arterial Sistémica como la enfermedad más frecuente con 12.9% (4). Las neoplasias y la Diabetes Mellitus tipo 2 se encontraron en 6.5% (2). 25% (8) de los pacientes tuvieron otras comorbilidades: craneofaringioma, miastenia gravis, infección por VIH, epilepsia, lepra tuberculoide, lupus eritematosos sistémico, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, migraña, colitis ulcerativa crónica inespecífica y granulomatosis de Wegener. 35% (11) de los pacientes se encontraron sin comorbilidad asociada al motivo de ingreso. (Grafica 3)



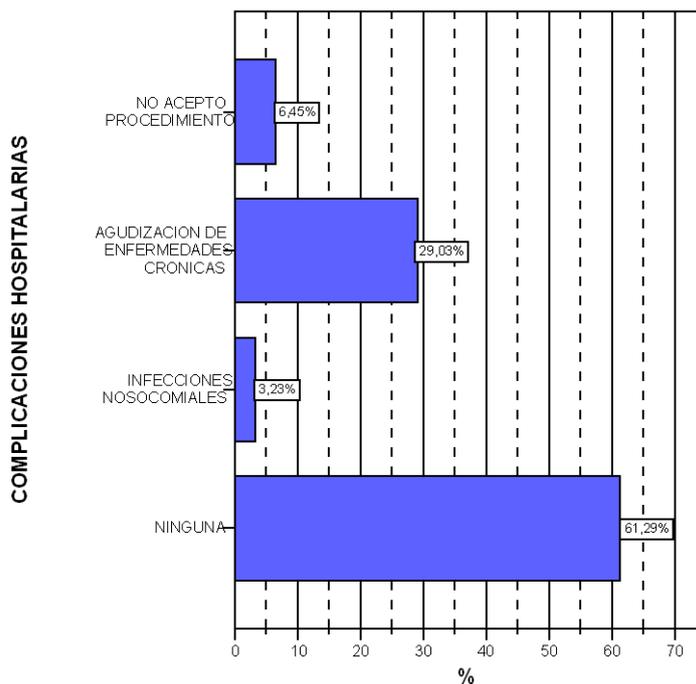
Los Antecedentes Familiares de Enfermedades Psiquiátricas se encontraron en 16.1% (5) de los pacientes estudiados. (Grafica 4)



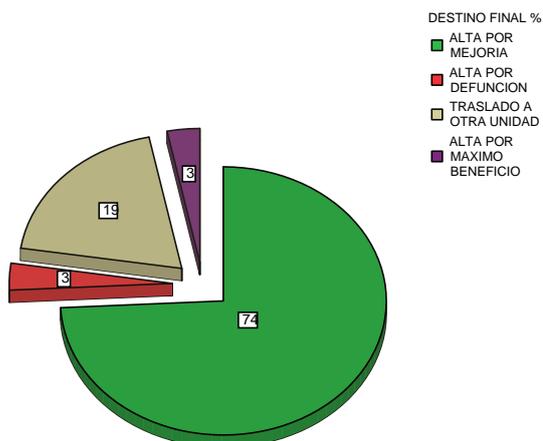
El motivo de ingreso de los pacientes incluidos se distribuyó de la siguiente manera: 58.1% (18) ingresaron para abordaje diagnóstico y estudio, 25.8% (8) tenían un proceso infeccioso, 9.7% (3) enfermedad crónico-degenerativa y 6.5%(2) enfermedad inmunológica. (Grafica 5)



La complicación hospitalaria más frecuente fue la agudización de las enfermedades crónicas 29% (9), y el resto sin complicaciones 61.3% (19). Un paciente tuvo infección nosocomial (3.2%) y 2 (6.5%) pacientes no aceptaron procedimientos diagnósticos. (Grafica 6)



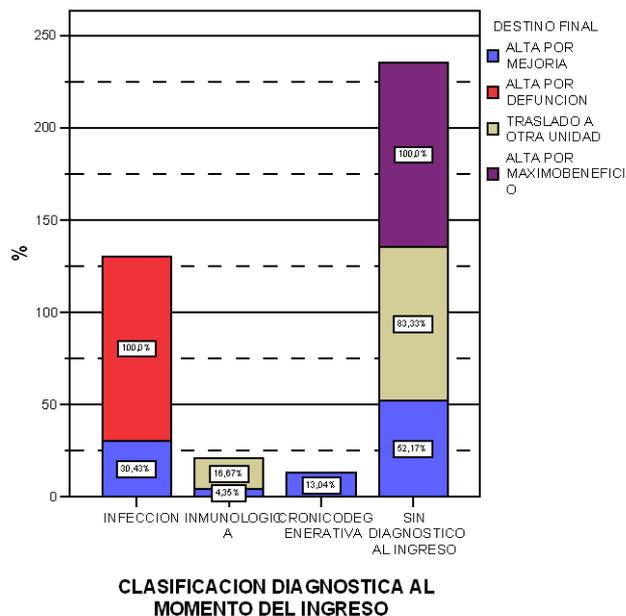
El destino final del paciente se distribuyó de la siguiente manera :74.2%(23) alta por mejoría, 19.4 % (6) se trasladaron a otro hospital, 3.2% (1) defunción y 3.2% (!) fue alta por máximo beneficio. (Grafica 7)



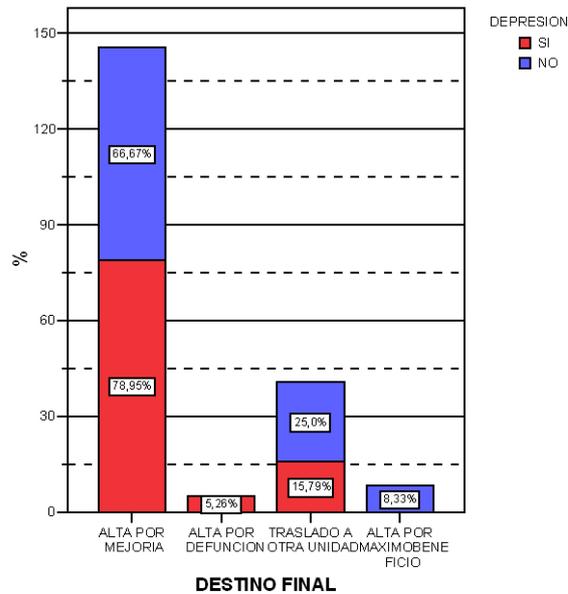
Análisis estadístico:

Se encontró depresión en 61.3 % de los pacientes estudiados (19 casos).

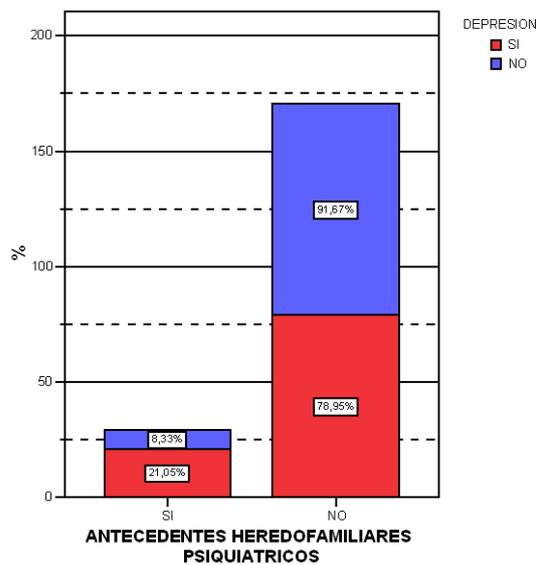
Respecto a la clasificación diagnóstica al momento del ingreso 87.5% de los pacientes con infección tuvieron alta por mejoría. Los pacientes con diagnóstico de enfermedad inmunológica 50% tuvieron alta por mejoría y 50% traslado a otra unidad. El 100% de pacientes con diagnóstico de enfermedad crónico-degenerativa tuvieron alta por mejoría. Los pacientes sin diagnóstico de certeza al ingreso 6.67% fueron alta por mejoría y 27.78% se trasladaron a otra unidad. (Grafica 8)



De los pacientes que se encontraron con depresión 15 se fueron de alta por mejoría, 3 se trasladaron a otra unidad. De los que no tuvieron depresión 8 se dieron de alta por mejoría y 3 se trasladaron a otra unidad. (Grafica 9)



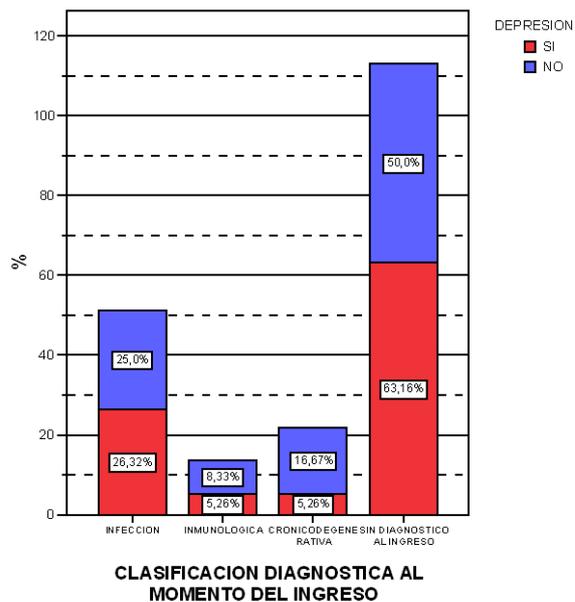
De los pacientes que tuvieron antecedentes heredo familiares de enfermedad psiquiátrica 80% se encontró con depresión y 20% sin depresión. De entre los pacientes que no tuvieron dicho antecedente 57.69% tuvieron depresión y 42.31% no la presento. (Grafica 10)



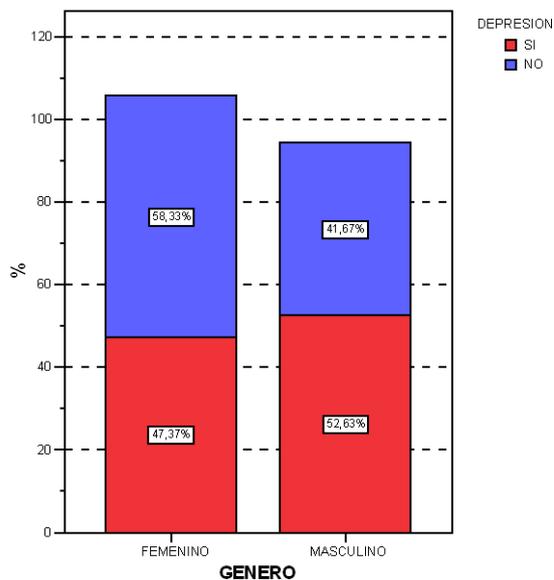
De los pacientes que se encontraron con infección al momento del ingreso 62.5% presentaba depresión. Del diagnostico de enfermedad inmunológica solo el 50% Destaca que de los pacientes con enfermedades crónico –degenerativas al ingreso 33.33% tuvo depresión y 66.67 % no. Y finalmente de

los pacientes que ingresaron aun sin diagnostico para estudio 66.67% tuvo depresión y 33.33% no.

(Grafica 11)

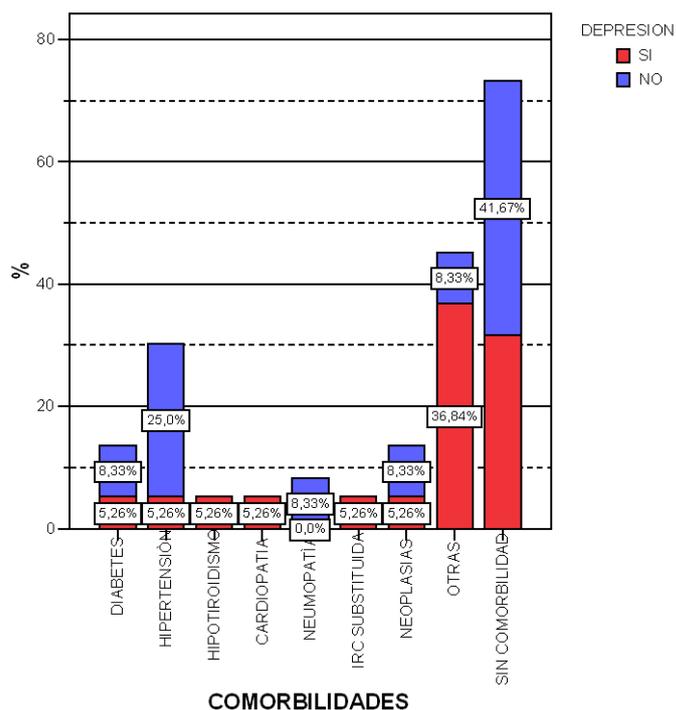


Del número total de mujeres 56.25% tuvo depresión y 43,75% no la presento. Del total de hombres 66.67% se encontró con depresión y 33.33% no. (Grafica 12)



De los pacientes deprimidos 36.84% tenían otras enfermedades, 31.58% no tenían comorbilidad, 5.26% tuvieron neoplasias, IR sustituida, cardiopatía, hipotiroidismo, hipertensión y diabetes cada uno. De los

pacientes sin depresión 41.67% no tenían comorbilidad, 25% tenían hipertensión y otras, neoplasia, Neumopatía y diabetes tuvieron 8.33% cada uno. (Grafica 13)



ANALISIS DE RESULTADOS

Observamos que la edad de la población estudiada se trata de adultos jóvenes, y pese a ello se encontró una alta incidencia de depresión (61.3%), lo cual puede explicarse al temor de su padecimiento y si a ello aunamos que la mayoría (66.67%) ingreso aun sin diagnostico y esto mismo se encuentra fuertemente relacionado con la depresión, muchos de ellos referidos de otras unidades, lo que se explica al tomar en cuenta que el estudio se desarrolla en una unidad de referencia a nivel nacional para diagnostico difícil.

En la población estudiada encontramos que el género masculino presento mas depresión (66.67%) Lo cual no corresponde a lo esperado en la literatura siendo más frecuentemente afectadas las mujeres, sin embargo no hay que subestimar la existencia de depresión masculina, ya esta puede estar enmascarada con enojo, poca cooperación o incluso resistencia a la tratamiento. En el estudio llamo la atención que muchos de ellos se encontraban con ansiedad por cuestiones de desempleo.

Un dato interesante es que la mayor parte de las complicaciones encontradas en los pacientes deprimidos fue la descompensación de enfermedades crónicas 77%. Lo cual se explica al ser pacientes frágiles, muchos de ellos con multingresos y polifarmacia.

El alta por mejoría se encontró más frecuentemente entre los pacientes que no tuvieron complicaciones durante su hospitalización o que tuvieron como complicación agudización de su enfermedad crónica. Por lo que podemos concluir que mientras menos complicaciones hospitalarias existan o menos graves sean estas, mayores posibilidades de un buen desenlace habrá.

La incidencia de mortalidad de los pacientes estudiados fue relativamente baja, sin embargo considerando que se trata de pacientes jóvenes neurológicamente íntegros es un dato a analizar mas detenidamente

Si hay relación entre tener antecedentes heredo familiares de enfermedad psiquiátrica y tener depresión. También se encontraron más agudizaciones de enfermedad crónica entre pacientes en quienes se hizo el diagnostico de depresión.

No tener un diagnostico de certeza al ingreso se encuentra fuertemente relacionado con la depresión, cabe mencionar que la mayoría de los pacientes del estudio ingresaron a nuestro servicio sin certeza diagnostica y para protocolo de estudio, lo anterior se explica porque nos encontramos en una unidad de referencia a nivel nacional para diagnostico difícil.

Como Médico Internista de éste Hospital es importante no perder de vista que los pacientes vienen referidos de otros hospitales donde ya fueron estudiados con el correspondiente estrés físico y emocional que esto conlleva por lo que no resulta una sorpresa que la mayoría de los pacientes se encuentren deprimidos a su ingreso.

En este estudio no se relaciona el destino final con la presencia de depresión y puede explicarse por un estado de menor gravedad al momento del ingreso (criterios de inclusión) sin embargo la presencia de depresión si presenta relación con la comorbilidad asociada.

CONCLUSIONES

1. La frecuencia de depresión al ingreso al servicio de medicina interna en pacientes menores de 60 años es alta, por lo que se debe realizar un escrutinio específico para su diagnóstico oportuno.
2. Este estudio demuestra que es probable que la depresión masculina este subestimada.
3. El destino final de los pacientes está relacionado con la menor gravedad a su ingreso. Se requiere seguimiento durante un mayor tiempo para evaluar la presencia de complicaciones y/o reingresos asociados a la misma.
4. Se demostró una relación entre el número de enfermedades previas o comorbilidad y la existencia de depresión.
5. Existe una mayor incidencia de depresión en pacientes con antecedentes heredo familiares de enfermedades psiquiátricas.

BIBLIOGRAFIA

1. Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana *Salud Mental* 2003; 26 (1)
2. Evaluation of antidepressant treatment in patient with comorbidity. Using informatics technology *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008 Sep-Oct;46(5):495-502.
3. *GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES* *Salud Mental*, Vol. 30, No. 6, noviembre-diciembre 2007.
4. ESCALAS DIAGNÓSTICAS Y DE EVALUACIÓN QUE SE UTILIZAN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. *SALUD MENTAL* Año V . Número 3 . 2005.
5. Depression and Coronary Heart Disease in Women With Diabetes *Psychosomatic Medicine* 65:376–383 (2003).
6. Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation.* 2004;110:3452-3456.
7. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology* 2006, 4:68.
8. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx* 2005; Vol. 47(sup 1):4-11
9. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002, 167:1253-1260.
10. Frenk J, Lozano R, González MA. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1999.
11. Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997, 349:1498-1504.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995.
13. Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J *et al.* Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3:48-55.
14. Levenson J, Hamer R, Rossiter L. Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry* 1990;147:1498-1503
15. Saravay S, Pollack S, Steinberg M, Weinschel B, Habert M. Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *Am J Psychiatry* 1996;153:397-403.
16. Saravay S, Steinberg M, Weinschel B, Pollack S, Alovis N. Psychological comorbidity and length of stay in the general hospital. *Am J Psychiatry* 1991;148:324-329.
17. Fulop G, Strain J, Vita J, Lyons J, Hammer J. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1987;144:878-882.
18. Morris PL, Goldberg RJ. Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay in gastroenterology patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12:77-82.
19. Verbosky LA, Franco KN, Zrull JP. The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient. *J Clin Psychiatry* 1993;54:177-181.
20. Mojet EJ, Hengeveld MW, Bouwhuis ML. Length of hospital stay of medical and surgical inpatients referred for psychiatric consultation: a retrospective study. *Int J Psychiatry Med.* 1989;19:227-235.
21. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj M-L, Sondergaard L, Eriksen M. Mental disorders in medical inpatients and the association to severity of illness, self-rated physical disability, health perception. *Psychosomatics* 2001;42:41-47.
22. Tapia P, Micheli CG, Koppmann A. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. *Rev Psiquiat Clínica* 1994; 31:99-107

23. Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. *Rev Med Chile* 2001;129:1279-1288
24. Booth B, Blow F, Loveland Cook C. Functional impairment and co-occurring psychiatric disorders in medically hospitalized men. *Arch Intern Med* 1998;158:1551-1559
25. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorders in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986;149:172-190.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO

Incidencia de depresión y su relación con la evolución de los pacientes Medicina Interna del HE CMN Siglo XXI

INVESTIGADOR

Dra. Lorena Olivares. Residente de Medicina Interna. HECMN Siglo XXI.

Dra. Elsa Aburto Mejía. Medico Adscrito al Servicio de Medicina Interna HECMN Siglo XXI.

ANTECEDENTES

La depresión es una entidad que se encuentra asociado al paciente grave, con múltiples enfermedades en forma crónica y aguda con un impacto en la vida cotidiana, lo cual condiciona que sea subestimada y se deje de lado o se retrase el manejo de la misma, favoreciendo estancias prolongadas con mayores complicaciones, por lo que este estudio pretende evaluar la incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a hospitalización en forma temprana analizando la evolución de los mismos, ya que no existe información estadística en nuestra población, lo cual podría permitir abordajes diagnóstico terapéutico integrales (organico-psicologicos), logrando mejor pronostico.

PROCEDIMIENTO:

Si consiento en participar en el estudio sucederá lo siguiente:

1. Responderé preguntas sobre mi historia clínica con duración aproximada de 10 min.
2. Responderé una escala diagnostica sobre depresión con duración aproximada de 15 min.
3. Durante mi estancia el investigador revisara mi expediente identificando la duración de mi estancia y las complicaciones que lleguen a presentarse durante la misma.

BENEFICIOS

1. En caso de que se me identifique depresión a mi ingreso a hospitalización, se le informará a mi médico tratante para que el mismo tome las medidas que considere adecuadas y en su caso solicitar la valoración por el servicio de psiquiatría para una revaloración diagnostica y se aplique el tratamiento indicado en forma oportuna, si fuera el caso.

RIESGOS

1. No existen riesgos físicos como consecuencia directa de participar en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD

1. Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial.

Conociendo en que consistirá mi participación y el objetivo del estudio, reconozco que mi participación es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar, tomar parte o abandonar en cualquier momento sin afectar ni poner en riesgo mi atención médica futura.

Yo _____

Siendo el día _____ del mes _____ del año _____ acepto participar en el presente estudio.

PACIENTE

TESTIGO

MEDICO RESPONSABLE

ANEXO II

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1. EDAD: _____

2.-GENERO: 1 FEMENINO 2 MASCULINO

3.-ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS: 1 SI 2 NO

4. -COMORBILIDADES

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Diabetes, | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 2. Hipertensión | | |
| 3. Hipotiroidismo tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 4. Cardiopatía tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 5. Neumopatía tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 6. Insuficiencia renal no sustituida
tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 7. IR sustituida tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 8. Neoplasias tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |
| 9. Otras tiempo de evolución | <input type="checkbox"/> | tiempo de evolución _____ años |

5. -TIEMPO DE EVOLUCION DE PADECIMIENTO ACTUAL _____ meses

7.-CLASIFICACION DIAGNOSTICA AL MOMENTO DEL INGRESO

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Infección | <input type="checkbox"/> |
| 2. Neoplasica | <input type="checkbox"/> |
| 3. Inmunologica | <input type="checkbox"/> |
| 4. Crónico-degenerativa | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sin diagnostico al ingreso | <input type="checkbox"/> |

8.-DIAGNOSTICO ESPECIFICO: _____

10.-DEPRESION: 1 SI 2 NO

11.-DESTINO FINAL:

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Alta por mejoría | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alta por defunción | <input type="checkbox"/> |
| 3. Alta voluntaria | <input type="checkbox"/> |
| 4. Se desconoce | <input type="checkbox"/> |
| 5. Traslado a otra unidad | <input type="checkbox"/> |

12.- Tiempo de estancia intra hospitalaria _____ días

13. Complicaciones intrahospitalarias:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| 2. Infecciones nosocomiales | <input type="checkbox"/> |
| 3. Iatrogenia durante procedimientos (neumotorax, hematomas etc) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Agudizacion de enfermedades cronicas | <input type="checkbox"/> |

ANEXO III

ESCALAS DIAGNOSTICAS

TEST DE GOLBERG

1. ¿Cómo esta su salud? Bien Regular Mala

2. ¿Ha dejado de trabajar o de realizar alguna actividad por motivos de salud? Si No

A continuación quisiéramos saber si Ud. ha tenido problema médico y como ha estado su salud en las últimas semanas. Por favor responda todas las preguntas simplemente marcando con una cruz la respuesta que cree que corresponde a su caso. Recuerde que deseamos saber sobre las molestias presentes y recientes, no de aquellas que tuvo en el pasado.

Es importante que Ud. responda todas las preguntas.

1. Recientemente a dejado de dormir por preocupaciones

No en absoluto

No mas que lo habitual

Un poco mas que lo habitual

Mucho mas que lo habitual

2. ¿ Se ha sentido constantemente tenso (a)?

No en absoluto

No mas que lo habitual

Un poco mas que lo habitual

Mucho mas que lo habitual

3. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mas que lo habitual

Igual que siempre

Menos que lo habitual

Mucho mas que lo habitual

4. ¿Ha sentido que Ud. es importante en los acontecimientos de su vida diaria?

Mas que lo habitual

Igual que siempre

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

5. ¿Ha sido capaz de enfrentar sus problemas?

Mas que lo habitual

Igual que siempre

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Mas que lo habitual

Igual que siempre

Menos que lo habitual

Mucho menos que lo habitual

7. ¿Ha sentido que Ud. no puede resolver sus dificultades?

- No en absoluto
- No mas que lo habitual
- Un poco mas que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

8. ¿ Se ha sentido razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

- Mas que lo habitual
- Igual que siempre
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

9. ¿Ha disfrutado de sus actividades diarias?

- Mas que lo habitual
- Igual que siempre
- Menos que lo habitual
- Mucho mas que lo habitual

10. ¿Se ha sentido triste y deprimido?

- No en absoluto
- No mas que lo habitual
- Un poco mas que lo habitual
- Mucho mas que lo habitual

11. ¿Ha perdido confianza en si mismo?

- No en absoluto
- No mas que lo habitual
- Un poco mas que lo habitual
- Mucho mas que lo habitual

12. ¿Ha pensado que Ud. no vale nada?

- No en absoluto
- No mas que lo habitual
- Un poco mas que lo habitual
- Mucho mas que lo habitual

NOMBRE : _____

FECHA : _____

PUNTAJE