



**Universidad Autónoma de Baja California
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal en Baja California
Jefatura de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar #28**



**Facultad de Medicina
División de Estudios de Posgrado e Investigación
Departamento de Medicina Familiar**

**Instituto Mexicano del seguro social
UMF No. 28 Mexicali Baja California**

Protocolo de Investigación

**Depresión en pacientes con Hepatitis C en tratamiento con Interferón pegilado en
Clínica de Hepatitis en HGZ 30 IMSS Mexicali B.C. de Septiembre del 2014 a Mayo del
2015**

Trabajo que para obtener el Diploma de especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Investigador Responsable

Dr. Fernando Eng Gómez Llanos.

Folio Aprobación F-2014-201-22



Mexicali, Baja California
2015

Diciembre

Depresión en pacientes con Hepatitis C en tratamiento con Interferón pegilado en
Clínica de Hepatitis en HGR 30 IMSS Mexicali B.C. de Septiembre del 2014 a Mayo del
2015

**Trabajo para obtener el Diploma de Especialista en
Medicina familiar**

Presenta:

Dr. Fernando Eng Gómez Llanos.
Residente de Medicina Familiar
Matricula 98021627, Unidad de Medicina Familiar #28
fdoeng_13@hotmail.com

Autorizaciones:

Dra. Vanessa Johana Caro.

Coordinadora de Educación e Investigación Médica UMF 28 Mexicali BC

alma.ibarrar@imss.gob.mx

Dra. Rosa María Vizuet Martínez

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 28

rosa.vizuet@imss.gob.mx

Dra. Rosa María Vizuet Martínez

Asesor de trabajo terminal de tesis

M.C. Ing. Rafael Iván Ayala Figueroa

Asesor Metodológico de Tesis

Profesor Ordinario de Carrera Asociado. Nivel C, tiempo completo

Facultad de Medicina UABC Mexicali

rafaelivan@itmexicali.edu.mx

Dra. Atay María Alicia Chee Bencomo

Asesora Temática

Matricula 11277491

Gastroenterología Centro Médico Nacional Noroeste

IMSS Mexicali B.C Coordinadora adjunta de Clínica de Hepatitis

atay.chee@hotmail.com



CARTA DE DICTAMEN DE LA EVALUACION ESCRITA DEL EXAMEN DE GRADO

Mexicali, B.C. a , 12 de junio de 20 17 .

Loa abajo firmantes, miembros del Jurado Dictaminador del documento escrito
Denominado: depresion en pacientes con Hepatitis C en trata-
mento con interferon pegilado en clinica de hepatitis en
#42 30 IMSS Mexicali BC de septiembre del 2014 a mayo del 2015

que para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar, presenta:

Fernando Eng Gomez Llanos

Realizada la evaluación resolvimos: Aprobado

DRA. ROSA MARIA VIZUET MARTINEZ

Presidente

DRA. SUJEY ANALI RUIZ MAGALLON

Sinodal

DR. ADALBERTO RUIZ PEREZ

Sinodal

DRA. VANESSA JOHANA CARO

Secretario

Sinodal



AUTORIZACIONES

Dr. Clemente Martínez Ruiz

Coordinador Delegacional de Planeación y Enlace Institucional.

Dra. Vanessa Johana Caro

Coordinadora de Educación e Investigación en Salud.

Dra. Rosa María Vizuet Martínez

Profesora titular del Programa de Especialización en Medicina Familiar

ÍNDICE



1. Resumen.....	5
I. Marco teórico.....	6
II. Planteamiento del Problema.....	19
3. Pregunta de Investigación.....	19
4. Justificación.....	19
5. Objetivos.....	20
6. Metodología	
Tipo de Estudio.....	21
Población, Lugar y tiempo de estudio.....	21
Tipo de muestra y tamaño de muestra	21
Análisis estadístico.....	21
Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	22
Variables.....	22
Operalización de las variables.....	23
Método o procedimiento para captar la información.....	31
Recursos Humanos, Financieros y Materiales.....	32
Consideraciones éticas.....	32
7. Resultados	
Descripción de resultados.....	33
Tablas y graficas.....	49
8. Discusión.....	50
9. Conclusiones.....	52
10. Referencias bibliográficas.....	53
11. Anexos.....	55



Depresión en pacientes con Hepatitis C en tratamiento con Interferón pegilado en Clínica de Hepatitis en HGR 30 IMSS Mexicali B.C. de Septiembre del 2014 a Mayo del 2015. Dr. Fernando Eng Gómez Llanos. M.C. Ing. Rafael Iván Ayala Figueroa. Dra. Atay María Alicia Chee Bencomo

RESUMEN

Introducción: La infección por VHC afecta cerca 3% de la población del planeta. En México se reporta de 1.4%. El interferón base de la terapia actual genera alteraciones neuropsiquiátricas, se han reportado cifras de depresión del 12% - 55,5%. Estudios de incidencia indican 20% a 40% durante el tratamiento.

Objetivo: Determinamos la incidencia de Depresión en pacientes con Hepatitis C bajo tratamiento con Interferón pegilado

Material y Métodos: Estudio observacional. Realizamos encuestas MADRS Y BDI; se revisaron y se analizaron las variables, con distribución de frecuencias, y análisis de correlación entre las encuestas.

Resultados: Masculinos 67%, casado en el 62.6%, 80 % son residentes de Mexicali, 35.2% adquirido la enfermedad por drogas intravenosas, 65.9% de ellos bajo el tratamiento de interferón pegilado 2a, se mostró un nivel de depresión BDI una frecuencia de 60.5% de la población, cuestionario MADRS 65%, prevalencia en el grupo de 45 a 64 años 34.3% depresión leve, femeninos con un 64% de depresión, tratamiento con un periodo mayor a 24 semanas depresión en el 46%. Correlación Pearson con una puntuación del 0.759 para MADRS/BDI

Discusión:

Conclusión: Muy alta prevalencia de depresión en Pc con hepatitis C.

Factibilidad y aspectos éticos: Se realizaron las encuestas previa autorización de las autoridades competentes y previa firma de consentimiento informado a pacientes, la información fue estrictamente confidencial.

Palabras claves: Depresión. Hepatitis C. Interferón pegilado. BDI. MADRS. Mexicali Baja California



I. Marco teórico:

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es una enfermedad de alta relevancia epidemiológica.^{1,2} La infección con el virus de la hepatitis C, es una de las infecciones virales más importantes alrededor del mundo. Se estima que afecta cerca del 3% de la población total del planeta, cerca de 170 a 200 millones de personas^{3,4}, así como 3-4 millones infectados anualmente por el VHC.⁴ Cada año mueren más de 350 000 personas por causa de enfermedades hepáticas vinculadas con la hepatitis C. En algunos países las tasas de infección crónica superan el 5%. En esos países el principal modo de transmisión consiste en la administración de inyecciones con material contaminado.⁵ En Latinoamérica la prevalencia es cercana a 1.23%, en México 1.1% (Vera de León, 2005), Francia 1.1% (Valerio 2009), EUA 1.33%. Con seguridad en México y el resto del mundo la enfermedad está sub diagnosticada por lo que habrá de reforzarse las campañas de detección oportuna para brindar un tratamiento que pueda ofrecer una curación a los pacientes infectados. Se calcula que cerca del 50% de los pacientes desconocen su diagnóstico y que muchos de ellos nunca llegan a conocerlo ya que gran parte de las infecciones son asintomáticas.^{3,6}

Las consecuencias más severas de la infección crónica son cirrosis hepática presente en un 27%, carcinoma hepatocelular el cual se presenta entre el 20-40% de los pacientes, el cual conlleva a falla hepática y muerte. El virus de la hepatitis C fue descubierto en 1989 y es considerado por la Organización mundial de la Salud como oncogénico. El carcinoma hepatocelular es uno de los cánceres más importantes, el quinto en términos de mortalidad. El cual ha aumentado gracias a la hepatitis C crónica. La hepatitis C no solo es causa de cirrosis, sino que es una enfermedad mental, psicológica, familiar y social, con una considerable carga social y económica.^{1,3}

El virus de la hepatitis tipo C (VHC) es un virus de RNA de la familia Flaviviridae,⁷ RNA mono catenario con recubrimiento, del género Hapacivirus que mide 50 a 60 nm de diámetro identificado por primera vez en 1989. Existen 6 genotipos virales y más de 50 serotipos, siendo el genotipo 1 el más frecuente a nivel mundial y tradicionalmente el más difícil de tratar.^{7, 8} El más común en México es el genotipo 1 y subtipo 1b.⁶ El



mecanismo de transmisión más importante es la vía sanguínea y, de manera secundaria, la sexual y la perinatal.^{7, 8}

En México indican de acuerdo a los resultados de ENSA 2000 La seroprevalencia de anticuerpos VHC ya ponderada en la población mexicana adulta (mayor de 20 años) fue de 1.4% (intervalo de confianza al 95%: 1.1-1.6). Este porcentaje corresponde a 700 000 adultos mexicanos infectados por este agente (IC95% 568 000-830 000). La prevalencia de infección varía según sea la edad; en los individuos de 20 a 29 años, la frecuencia es de 1.0% (IC95% 0.7-1.4) y se incrementa en relación con la edad; el grupo de 60 a 69 años es tres veces mayor (3.2%).⁷

Al considerar la evolución natural de la infección puede esperarse que esta enfermedad tenga un elevado peso en este país y represente un problema emergente de salud pública. Los resultados del marcador de RNA viral mediante la técnica de PCR señalan que una cuarta parte de los infectados (24.7%) tiene una infección activa

Es importante señalar que la detección de anti-VHC en donadores se inició en el país hasta 1993, si bien la cobertura mayor de 80% se consiguió a partir de 1996. Por consiguiente es de esperar que la transmisión de hepatitis C en México haya ocurrido con gran frecuencia entre los receptores de sangre y hemoderivados antes de 1996. Asimismo, dado que no se han realizado acciones en los servicios públicos para la prevención del VHC en consumidores de drogas intravenosas, es muy posible que continúe en la actualidad la transmisión a través de esta vía, así como también por la vía sexual y perinatal.⁷

En Estados Unidos, en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición NHANES-III (1988-1994), se estudió la sero prevalencia de VHC y se halló una positividad en 2.1% para el marcador anti-VHC. También se notificó el marcador de infección activa (RNA por PCR) en 73.9% de los positivos para la técnica de anticuerpos.⁷

Se sabe que 60 a 85% de los individuos que sufren la infección tiende a la cronicidad y por tanto posee un alto riesgo de evolucionar a la cirrosis hepática y el cáncer primario de hígado. Las manifestaciones clínicas agudas en adultos se presentan en 20% de los casos.⁷



Entre los factores predisponentes para desarrollar cirrosis figuran factores del huésped y el agente. Las características del huésped vinculadas con esta complicación incluyen el tiempo transcurrido desde la infección, el sexo masculino, la coinfección con VIH,⁷ Miller et al. Encontró en una población de Vancouver una coinfección de 87%, Hall et al. Reporto en San Francisco una coinfección del 69%)¹⁰ el antecedente de ingestión de alcohol y la coexistencia de alguna otra enfermedad hepática. Los factores de riesgo del agente son el genotipo y la carga viral.⁷

Además de la cirrosis y el carcinoma hepatocelular, los pacientes infectados por VHC pueden desarrollar otras complicaciones extrahepáticas bien documentadas como crioglobulinemia, porfiria cutánea tardía, glomerulonefritis y linfoma en una proporción menor de los casos.¹

La patogenia de estas complicaciones extrahepáticas no es bien comprendida, pero se postula que la replicación viral en tejidos diferentes al hígado pudiera ser un factor que lo explique.¹

Entre las diferentes poblaciones de riesgo se encuentran aquellas del área psiquiátrica, 60-89% de la población de adictos intravenosos está infectado, 7,1% de los pacientes esquizofrénicos y 8,1% en pacientes con trastorno bipolar. Otros grupos de riesgo lo constituyen aquellos infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), quienes poseen en promedio 30% de coinfección, personas con antecedentes de transfusiones de productos sanguíneos (prevalencia de 52 a 88%) y hemodializados (prevalencia 30 a 54%).¹

Por otro lado, la hepatitis por virus C (HC) no sólo genera daño a nivel hepático, sino que impacta en la calidad de vida y genera una amplia gama de alteraciones en el sistema nervioso central, induciendo trastornos cognitivos y psiquiátricos. Asimismo, el interferón, base de la terapia actual, pese a haberse demostrado una intervención costo-efectiva, con frecuencia genera como efecto secundario alteraciones neuropsiquiátricas.¹

Alteraciones psicológicas y psiquiátricas de la Hepatitis c

Los resultados de diferentes estudios sugieren que los pacientes con HC presentan distintas manifestaciones de problemas y trastornos psicológicos.^{1,9}

Los pacientes con HC, independiente de su estadio, perciben que padecen una enfermedad grave, tienen dificultad para aceptarla y adaptarse a las consecuencias a largo plazo y se sienten discriminados y estigmatizados, lo que los lleva al aislamiento social y distanciamiento de sus redes sociales de apoyo. Todos estos factores se han asociado a un deterioro en la percepción de su calidad de vida, tanto general como relacionada a salud.¹

Los síntomas psicológicos se correlacionan a diversas consecuencias neuro-conductuales, como una disminución en la velocidad de ejecución de tareas motoras finas y disminución de la concentración y memoria, entre otros. Esta última tiene una correlación clínicamente significativa con la presencia de depresión.¹

Los estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes infectados con el VHC han reportado cifras diversas, depresión 12% - 55,5%, trastorno de ansiedad 13,1% - 50%, trastorno bipolar 4%, destacando la depresión mayor. Esta amplia diversidad se explica por la variabilidad metodológica de los instrumentos utilizados en la investigación, en criterios de inclusión y en la estrategia de evaluación. Un subgrupo de elevada prevalencia de alteraciones psiquiátricas son los co-infectados con VIH, 84% de los cuales ha utilizado drogas intravenosas y en los que 50% tiene historia de algún trastorno psiquiátrico. Al momento de la enfermedad, 57% tiene depresión y 69% fatiga, valores correlacionados estadísticamente entre sí.¹

El objetivo principal del tratamiento de la hepatitis C crónica (HCC) es la curación total del VHC o respuesta viral sostenida (RVS) definida como una carga viral indetectable a los seis meses de haber finalizado el tratamiento, y poder detener la progresión de la enfermedad crónica hepática.^{4,11} Esta respuesta está relacionada con mucho mejores desenlaces clínicos, menores tasas de morbilidad relacionada con el hígado y



mortalidad por toda causa, así como estabilización o incluso mejoría en la histología hepática.⁸

Los patrones de respuesta viral en el tratamiento por virus de la hepatitis c:

1. Respuesta viral rápida. RNA VHC no detectable a la 4ta semana de tratamiento
2. Respuesta viral rápida ampliada. RNA VHC no detectable después la 4ta semana hasta la 12 va semana de tratamiento.
3. Respuesta viral sostenida RNA VHC no detectable después de terminar el tratamiento (12 semanas).
4. Recidiva viral. RNA VHC no detectable durante el tratamiento o al final del tratamiento, pero se presenta una detección del RNA VHC después de suspendido el tratamiento.
5. Respuesta parcial. Una reducción de por lo menos 2/log10 en el RNA VHC, pero incapacidad de eliminar por completo el virus de la sangre
6. Sin respuesta. Una reducción del RNA VHC menor de 2 log10, desde la basal, durante el tratamiento.⁸

Durante el 2010 el estándar de tratamiento de la infección por VHC era la doble terapia antiviral combinando el interferón pegilado (PegIfn) y la ribavirina, una citoquina con propiedades inmunomoduladoras y un análogo nucleósido oral. Tras un tratamiento de 24 o 48 semanas con esta pauta, y según el genotipo a tratar, se consiguen tasas de curación en torno al 45% en los genotipos 1 y 4, y del 80% en los 2 y 3. Es muy importante que el paciente se tome como mínimo el 80% de la dosis total de las dos medicaciones en el 80% de la duración total del tratamiento Actualmente a esta pauta se han añadido los inhibidores directos de la proteasa.^{4,11}

Los estudios de incidencia de los trastornos psiquiátricos inducidos por PegIFN y RBV indican unos porcentajes del 20% y el 40%(VERDE) durante el tratamiento de 24/48 semanas y la mayoría de los casos aparecen las primeras 12 semanas del tratamiento.^{4,12}

Estos trastornos afectan directamente a la calidad de vida del paciente, y a su vez esto tiene un impacto negativo sobre la adherencia al tratamiento antiviral. El resultado final es un menor número de tratamientos completados, con las consecuencias individuales para el paciente y poblacionales para el sistema sanitario, derivadas de la pérdida de efectividad de la intervención.⁴

Efecto del interferón en el sistema nervioso central

El interferón alfa es una cito quinina que interactúa con los sistemas centrales de la dopamina, serotonina, opioides y glutamina. Los efectos secundarios neuropsiquiátricos del tratamiento con interferón alfa, se entienden por la inducción de sus citoquinas secundarias tales como Interleucina 1, IL 2, IL 6 y el factor de necrosis tumoral alfa, y su interferencia con el sistema de neurotransmisores específicos. El mecanismo por el cual provoca daño cognitivo puede estar relacionado por el hipometabolismo cortical prefrontal así como por el daño a las células del hipocampo. La Ribavirina es una purina análoga de nucleótido que aumenta la depresión causada por el interferón.

El tratamiento con Interferón pegilado y Ribavirina está asociado a numerosos efectos secundarios hematológicos, físicos y neuropsiquiátricos, los eventos hematológicos más comunes son anemia y trombocitopenia, los físicos más comunes son fatiga, mialgias, artralgias, fiebre, cefalea, disminución de apetito, náuseas, insomnio y alteraciones gastrointestinales, los efectos neuropsiquiátricos, son depresión, ansiedad, labilidad emocional, e irritabilidad. La ideación suicida ocurre en el contexto de la depresión.¹⁰

Algunos médicos creen que este porcentaje en realidad es más elevado. El grado de depresión puede oscilar de leve a grave. En los ensayos clínicos, del 1% al 2% de los pacientes declararon tener pensamientos suicidas o intentos de suicidio; el 2% interrumpió la terapia antes de tiempo debido a la depresión.¹² El interferón se ha asociado a tres grupos de efectos secundarios: delirium, estados de irritabilidad y trastornos del ánimo, con síndromes depresivos y episodios maníacos. En el espectro de los síntomas depresivos, se han encontrado diferentes prevalencias según el tipo de



síntoma que se esté buscando: aquéllos que buscan por ánimo depresivo tienen menores tasas que aquellos que buscan por síntomas vegetativos asociados, como fatiga, insomnio y anorexia, pasando de 8% a 57%. En una revisión de Schaefer et al, se describe además irritabilidad en 4 a 13%, disminución de la libido en 5%, alteraciones del sueño en 3 a 6% y casos aislados de convulsiones y suicidio.¹

En la Unidad de Asistencial a las Drogodependencias (UAD) de O Porriño, realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de 18 pacientes con hepatitis C crónica bajo tratamiento con Interferón durante los años 2005-2010, obteniendo una prevalencia de depresión es de 38.9% (11.1% de síntomas somáticos únicamente, y 27.8% síntomas somáticos y cognitivos), alteraciones del sueño de 27.8%, de irritabilidad de 16.7%, de psicosis 5.6%, la prevalencia de sintomatología obsesiva es de un 11.1%. La prevalencia de abandonos 33.3%, siendo de un 5.6% por efectos secundarios psiquiátricos.²

En dos estudios de cohorte realizadas por Pere Castellví Obiols se obtuvieron los siguientes resultados: El primer estudio fue una cohorte de 176 pacientes con 24 semanas de seguimiento. La incidencia de depresión inducida fue del 36%, la mayoría de los cuales aparecieron en las primeras 12 semanas de tratamiento. Las variables predictivas basales de este trastorno fueron el hecho de presentar sintomatología depresiva, tener sólo estudios primarios y ser inmigrante. La aparición de depresión y/o ansiedad inducida se asoció a una menor adherencia al tratamiento antiviral (79% vs. 91%), aunque gracias al abordaje precoz de estos efectos secundarios, la respuesta virológica sostenida no disminuyó significativamente. El segundo estudio fue una cohorte de 204 pacientes con un seguimiento de 48 semanas. En este caso, la incidencia de depresión inducida fue del 42%. Las variables predictivas basales fueron de nuevo la presencia de sintomatología depresiva y de antecedentes personales del estado de ánimo. Desde el punto de vista de los rasgos de la personalidad, los pacientes que tenían una baja autodirección, definidas como personas inmaduras, con menos recursos para afrontar los efectos secundarios y la pérdida de calidad de vida que conlleva el tratamiento, mostraron un riesgo mayor de depresión (69,3%) vs. aquellos que tenían un alta autodirección (37,2%). Lo mismo se observó en los



pacientes con alta tendencia a la fatigabilidad, al desorden y a hábitos que dificultan la adquisición de objetivos propuestos por la persona.¹¹

Respecto a la cronología de la depresión, se ha observado que durante la terapia con interferón alfa-2a, en las primeras semanas surgen los síntomas neurovegetativos, con una mayor prevalencia a las 8 semanas y 24 semanas, se establecen los síntomas cognitivos de la depresión, tales como baja de ánimo y anhedonia. El interferón, al actuar mediante cascadas pro inflamatorias con activación de citoquinas, genera cambios bioquímicos en la neurotransmisión, como la mayoría de los compuestos exógenos que se utilizan en la medicina. Algunos autores atribuyen a esto los síntomas somáticos, donde a nivel bioquímico hay evidencias del efecto del interferón sobre el eje del cortisol con aumento de éste en las primeras semanas de tratamiento e hipotiroidismo en 12 a 20%. En neurotransmisión se demostraron cambios en el eje serotoninérgico expresado en disminución de serotonina plasmática, debido a una inducción del catabolismo de uno de sus precursores, alteración que se relacionó clínicamente con depresión. En lo cognitivo, hay alteraciones cerebrales a nivel del lóbulo frontal, manifestado clínicamente con un estado adinámico, disminución de la memoria, síntomas conductuales como irritabilidad y descontrol y por anormalidades focales en electroencefalograma, caracterizadas por disminución del ritmo alfa con ausencia de respuesta a apertura ocular, ritmo delta difuso e intermitente en lóbulo frontal.¹

Existen sesgos de subdiagnostico y sobrediagnostico por el tipo de herramienta utilizada y el momento del tratamiento en el que se lleva está teniendo los siguientes resultados Depresión 16,6% - 50,9% (con un peak a las 8 y 12 semanas), trastorno de ansiedad 16% - 25,6% Psicosis 3,30%.¹

Depresión en Hepatitis C:

Uno de los instrumentos de detección utilizado más ampliamente es la escala Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) con el que se han reportado prevalencias de 24% a 76,5%, diferencia dada por los criterios de aplicación; sólo dos



estudios realizaron seguimiento a las 4, 12 y 24 semanas de tratamiento, encontrando cifras similares entre sí (63 y 76,5% respectivamente). Dos trabajos demuestran una baja cercana al 50% (de 63% a 31% en Wichers et al²⁷ y de 24% a 12% en Cástera L et al) otro estudio que utilizó únicamente la entrevista estructurada con criterios del DSM IV, obtuvo 23,2% de depresión.¹

La gravedad de la depresión en la HC es variable según el momento de la evaluación y la etapa de tratamiento, siendo mayor en la etapa intermedia de la terapia. Estudios con la escala de Beck Depression Index (BDI) reportan porcentajes cercanos a 30%, con predominio de depresión leve y con un máximo de casos a las 8 semanas. Esta prevalencia se mantuvo a lo largo de la terapia, con variaciones en la severidad, presentando a las 8 semanas aumento del número de episodios depresivos moderados y severos, situación que revirtió una vez finalizada la terapia. Estos estudios sugieren, por lo tanto, que la búsqueda de síntomas depresivos debe realizarse durante todo el curso del tratamiento. Un estudio reciente correlacionó resultados anímicos obtenidos por MADRS y fatigabilidad obtenida por Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) con el desempeño cognitivo medidos por Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB), encontrando mayor fatiga y enlentecimiento motor en pacientes con síntomas depresivos. Mediante el uso de las escalas Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) y The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Dan et al, concluyeron que los pacientes con mayor sintomatología depresiva presentan menor control interno de la ira y mayor descontrol en las reacciones ante ésta, con un primer nadir a las 12 semanas y un segundo nadir de mayor intensidad a las 48 semanas de terapia, sugiriendo que la ira es un indicador de síndrome depresivo. Además hubo una relación entre ira, depresión y deterioro en la calidad de vida, medido por Short-Form 36 Questions Health Survey for General Health Measure (SF-36) y Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ).¹

En relación a la manía e hipomanía, existe una relación clínicamente estrecha con estados depresivos, encontrando en una misma cohorte 32% de pacientes con síntomas psiquiátricos, de los que 10% presenta manía, 50% hipomanía e irritabilidad y 40% estados mixtos, lo que sugiere un patrón de sobreposición entre irritabilidad,



manía y depresión. En la misma línea, otro estudio muestra que en pacientes con síntomas de manía o hipomanía a lo largo de la vida presentan mayor predisposición a presentar síntomas depresivos durante el tratamiento (33,3% vs 7,5%). Lo anterior tiene relevancia para la pesquisa clínica y el tratamiento de los episodios depresivos, dado el incremento de reporte de casos aislados de viraje de depresión a manía tras el inicio de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).¹

En otro estudio realizado en Barcelona en coinfectados con VIH se observó que 40% desarrolló síntomas depresivos, la mayoría a los 3 meses de iniciada la terapia. Entre las consecuencias asociadas a la depresión en pacientes con HC, se ha estudiado la adherencia a la terapia con interferón, el riesgo suicida y la calidad de vida. Los pacientes con síntomas depresivos o ansiosos, presentaron menor adherencia que los asintomáticos (79% vs 90%, $p < 0,04$), pero ninguno abandonó la terapia tras el inicio de antidepresivos. Resultados similares fueron descritos por Pariente, con un porcentaje variable de 4 a 20%. Pacientes con antecedentes recientes de adicción o en tratamiento regular, no poseen menos adherencia, al igual que pacientes con otras enfermedades mentales graves. Respecto al suicidio, en general las tasas son bajas y tendientes a cero, pero se ha descrito 43% de ideación suicida durante la terapia con interferón como parte del síndrome depresivo, por lo que representa un síntoma importante a considerar.¹

Se ha observado una disminución significativa en la calidad de vida durante la terapia con peginterferón alfa 2a, la cual mejora una vez finalizada ésta, excediendo incluso los valores basales.¹

Por otro lado, hay una asociación entre la calidad de vida y el tipo de interferón, siendo la versión pegilada superior a la versión regular, lo que se explica probablemente por su mayor eficacia como antiviral y su conveniente forma de administración. De hecho, pacientes manejados con interferón pegilado, presentan mayor productividad subjetiva laboral, menor discapacidad subjetiva, menor solicitud de fármacos para efectos adversos y mayor adherencia a la terapia.¹

Profilaxis de alteraciones psiquiátricas.

En dos estudios clínicos aleatorizados, doble ciego de profilaxis, se observaron resultados contradictorios en el uso de paroxetina, dado que Morasco et al encontraron que con 40 mg no habían diferencias con el grupo placebo, mientras que Raison et al observaron una menor prevalencia e intensidad de síntomas depresivos en el grupo control con 10 mg de paroxetina. En una cohorte de 36 pacientes de Schaefer et al, hubo cuatro veces menos síntomas en quienes recibían profilácticamente 20 mg de citalopram.¹

Musselman et al. Demostró que en pacientes con melanoma maligno, brindando una profilaxis con paroxetina un inhibidor de la recapture de serotonina, era eficiente para reducir la depresión causada por el interferón las primeras 12 semanas de tratamiento. Este estudio es continuamente citado de forma racional para iniciar tratamiento antidepresivo en pacientes que inician tratamiento con HCV. Hoffman et al. Reporta una serie de casos, de cuatro pacientes coinfectados, sin antecedentes de psicosis los cuales la desarrollaron durante su tratamiento con interferón pegilado/ Ribavirina. El autor llega la conclusión que los pacientes que si tienen antecedentes lo desarrollan debido a los efectos neurotóxicos causados por el VIH y el daño añadido del hígado y el cerebro por el abuso de sustancias. Por lo cual se utilizan estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos para contrarrestar las alteraciones psiquiátricas producidas por el tratamiento con interferón pegilado/Ribavirina.¹⁰

Cohen and Alfonso han utilizado exitosamente un estabilizador del estado de ánimo, mas q un antidepresivo, para el tratamiento profiláctico en pacientes coinfectados en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias, que inician terapia doble con interferón pegilado / Ribavirina.¹⁰

Tratamiento Antidepresivo

Diferentes estudios reportan un efecto benéfico del uso de antidepresivos en quienes presentaban síntomas depresivos durante la terapia, dentro de los que están



escitalopram, citalopram, sertralina y paroxetina. El único estudio aleatorizado clínico doble ciego publicado, realizado en el año 2008 por Kraus MR et al, demostró que con citalopram 20 mg al día se reducen los síntomas en un tercio de los pacientes, en las primeras 4 semanas.¹ Schaefer et al administraron diariamente escitalopram a 10 miligramos y se concluyó que el uso de profilaxis con dicho fármaco reducía la incidencia y la severidad de la depresión asociada al interferón pegilado.⁴ Resultados similares previos a este estudio están publicados en dos estudios de cohorte con citalopram 20 mg al día. Esta es una alternativa segura, ya que no hay variaciones significativas en su farmacocinética en pacientes con HC en tratamiento antiviral sin fibrosis hepática avanzada. Aunque estos estudios muestran una respuesta adecuada al uso de fármacos, hay que tener en consideración que los estados de irritabilidad y manía propios del interferón pueden ser gatillados con el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La literatura en torno a trastornos del espectro bipolar es escasa y no existen estudios randomizados o prospectivos de su manejo. Un reporte de un caso muestra buena respuesta a lamotrigina en un paciente ciclador rápido sin necesidad de suspender la terapia con interferón.¹

Arora et al. Obtuvo RVS similares en ambos grupos con o sin intervención multidisciplinar, aunque los efectos adversos en el grupo intervenido fueron menores (6,9% vs 13,7%, $p = 0,02$). Guadagnino et al. Evaluaron la viabilidad de un modelo normalizado de gestión multidisciplinar en el paciente con HCC que está participando en programas de desintoxicación a drogas de abuso. Alcanzaron tasas de RVS del 54,7%. Finalmente, Dolder et al. Examinaron el coste del tratamiento del VHC comparando el manejo del paciente mediante un equipo multidisciplinar y hepatólogos solos. El coste comparado fue de 33.318\$ en el modelo multidisciplinar respecto a los 38.082\$ del equipo único.⁴

Hasta la fecha, sólo los ISRS han sido estudiados, pese a que otros fármacos por su perfil de acción tienen características más específicas para síntomas que previamente hemos analizado. Por ejemplo, por acción norepinefrínica, el bupropión actuaría beneficiando el manejo de la fatiga y la depresión a través de su acción serotoninérgica, mientras que psicoestimulantes como modafinilo, metilfenidato y



dextroanfetamina permitirían el manejo de la fatiga y los síntomas de depresión refractaria y grave con síntomas cognitivos asociados. En pacientes con insomnio marcado, puede utilizarse mirtazapina dado su acción serotoninérgica y antihistamínica para el manejo del sueño y apetito. ¹

Los avances en el tratamiento de pacientes con HCC han mejorado las tasas de éxito en la última década, sin embargo, los efectos secundarios psiquiátricos representan una limitación importante en este tratamiento, sobre todo por su directa relación con la adherencia al tratamiento y la RVS. Parece que la detección temprana de dichos trastornos y el manejo multidisciplinar adecuado del paciente en tratamiento activo para la hepatitis C permiten la optimización de la adherencia y la eficacia virológica.⁴



II. Planteamiento del problema

Teniendo en cuenta que la Hepatitis C es un problema de salud Pública emergente, con una incidencia de infección de 3 a 4 millones cada año, con prevalencia de 185 millones de pacientes con infección crónica, y que nuestra institución maneja dichos pacientes con fármacos de alto costo como alfa interferón pegilado y debido a sus efectos adversos como la depresión, ansiedad entre otros, el paciente tiende a abandonar dicho tratamiento, siendo necesario el reinicio del mismo

III. Pregunta de investigación

¿Cuál es la incidencia de Depresión en pacientes con Hepatitis C bajo tratamiento con Interferón pegilado en la Clínica de Hepatitis en HGZ 30 IMSS Mexicali B.C. de Septiembre del 2014 a Mayo del 2015?

IV. Justificación

Considerando que la hepatitis C es curable y que es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica, presenta una elevada mortalidad y genera importantes gastos en salud, aunado a los diversos estudios que muestran que los pacientes infectados con este virus presentan trastornos psiquiátricos y problemas psicológicos con frecuencia, tanto por condiciones previas a la enfermedad, como por efectos secundarios al tratamiento (interferón pegilado) en mayor porcentaje, es necesario identificarlos para brindarles un manejo multidisciplinario tomando en cuenta el punto biopsicosocial y así evitar el abandono al tratamiento o el suicidio y con ello mitigar los costos a la institución y mejorar la calidad en el servicio.



IV. Objetivos

Objetivo General

Determinamos la incidencia de Depresión en pacientes con Hepatitis C bajo tratamiento con Interferón pegilado en la Clínica de Hepatitis en HGZ 30 IMSS Mexicali B.C. de Septiembre del 2014 a Mayo del 2015

Objetivos Específicos

- 1.- Identificamos la incidencia de depresión en pacientes con hepatitis C y uso de interferón pegilado por edad.
- 2.- Determinamos la incidencia de depresión en pacientes con hepatitis C y uso de interferón pegilado por genero
- 3.- Identificamos cuáles fueron los métodos de transmisión de Hepatitis C que presentaron mayor número de depresión.
- 4.- Determinamos el periodo de tratamiento con interferón pegilado en el que se presentó mayor número de casos de depresión y ansiedad.
- 5.- Identificamos qué tipo de interferón (2a o 2b) fue más frecuente en presentar depresión
- 6.-Determinamos la frecuencia de depresión en pacientes con hepatitis C y uso de interferón pegilado por residencia
- 7.- Determinamos la relación de resultados de Depresión entre las dos encuestas utilizadas BDI y MADRS.



VI. Metodología

Tipo de Estudio: El diseño de investigación fue observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio: Todos los pacientes con Hepatitis C bajo tratamiento con interferón pegilado que acudieron a consulta en la Clínica de Hepatitis en Hospital General de zona 30 del IMSS y que aceptaron participar en el protocolo en el periodo comprendido de septiembre del 2014 a Mayo del 2015

Tipo de Muestra: No probabilística donde se tomaron el 100% de los casos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Muestra de tipo Censal

Análisis Estadístico: Se calculó la media y desviación estándar para la variable cuantitativa y la frecuencia y porcentaje (%) para la estimación de las variables cualitativas.

Se utilizó para comparar las frecuencias de las variables la distribución de frecuencias y para comparar entre si variables categóricas la correlación de Pearson. Se utilizó el programa informático de estadística SPSS en tablas de contingencias y frecuencias.



Criterios de Inclusión:

Pacientes con Hepatitis C y bajo tratamiento con alfa interferón pegilado

Criterios de Exclusión y Eliminación:

Pacientes previamente diagnosticados con depresión y bajo tratamiento por dicha patología

Conceptualización y Operacionalización de las Variables

Variables de estudio:

- Las Variables Independientes fueron:

Edad

Sexo

Estado Civil

Residencia

Forma de contagio

Tiempo de la enfermedad

Tiempo de tratamiento

Tipo de interferón pegilado utilizado $\alpha 2a$, $\alpha 2b$

- Las Variables Dependientes fueron:

Depresión en pacientes con Hepatitis C en tratamiento con interferón pegilado

Operacionalización de las Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad	Es el intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y fecha actual	Edad en años al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina que poseen animales y plantas	Rasgos fenotípicos que condicionan a una persona como femenino o masculino	Cualitativa Nominal	Masculino / Femenino
Estado Civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicos reconocidos sin que	Se toma el estado civil seleccionado al momento de la encuesta de cada paciente teniendo en las opciones casado, soltero, unión libre, viudo	Cualitativa Nominal	Casado/ Soltero/ Unión Libre/ Viudo/ Divorciado



	sea su pariente, y divorciado constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes al respecto			
Residencia	Es el lugar donde alguien habita.	Es el lugar que habita el individuo al momento de la encuesta realizada. Mexicali y San Luis Rio Colorado ciudades a las cuales brinda servicios la Clínica de Hepatitis en Hospital General de zona 30 del IMSS	Cualitativa Nominal	Mexicali / San Luis Rio Colorado
Forma de Contagio	Es la propagación de una enfermedad de una persona a otra de manea mediata o inmediata.	Se toma la opción indicada por el paciente en la encuesta de la forma en que se contagió de la enfermedad siendo las	Cualitativa Nominal	Transfusión/ Drogas IV/ Tatuajes/ Desconoce/ Intrahospitalario/ Contacto sexual



	Existiendo múltiples vías de trasmisión de dicha enfermedad	opciones transfusión, drogas IV, tatuajes, desconoce, Intrahospitalaria, contacto sexual		
Tiempo de Enfermedad	Tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos, sujetos a cambios, de los sistemas sujetos a observación; esto es el periodo que transcurre entre el estado del sistema cuando esta presentaba un estado X y el instante en que X registra una variación perceptible para un observador. Enfermedad es la alteración o	Se agruparon los tiempos de enfermedad de los pacientes en 4 grupos: 0-6 meses 7-12 meses 13-18 meses Mayor a 19 meses	Natural: Cuantitativa Discreta (conversión a Cualitativa Ordinal para fines de protocolo)	Meses de Enfermedad



	desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. “Falto de firmeza”.			
Tiempo de tratamiento	Tiempo es la magnitud física con la que medimos la duración o separación de acontecimientos, sujetos a cambios, de los sistemas sujetos a observación; esto es el periodo que transcurre entre el estado del sistema cuando esta presentaba un estado X y el	Se agruparon los tiempos de tratamiento de los pacientes en 4 grupos: 0-2 meses 3-6 meses 7-12 meses Mayor a 13 meses	Natural: Cuantitativa Discreta (conversión a Cualitativa Ordinal para fines de protocolo)	Meses de Enfermedad



	instante en que X registra una variación perceptible para un observador. Tratamiento son el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.			
BDI (Beck Depression Inventory)	BDI. Es un instrumento de autoinformé de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta, ordenadas según la gravedad de los síntomas a que se refiere (rango de respuesta de 0 a 3 puntos). Más del 50% de su puntuación teórica total viene aportada por los ítems que se refieren al	Se agruparon los puntajes obtenidos en la encuesta para llevar a cabo las clasificaciones estos se encontraban previamente establecidos: 0-9 pts. No depresión 10-20 pts. Depresión leve 21-30 pts.	Cualitativa ordinal	No depresión /Depresión Leve/ Depresión moderada/ Depresión Grave



	componente cognitivo de la depresión. También evalúa síntomas depresivos conductuales, afectivos y fisiológicos. Tiene una fiabilidad de 0.58 a 0.93 y consistencia interna muy alta, tanto en pacientes (α de Cronbach medio 0.87) como en muestras de población general (α de Cronbach medio 0.81) Validez concurrente la correlación media con la HDRS de Hamilton es de 0.73 para pacientes psiquiátricos y 0.74 población abierta, con una correlación de 0.83 con la SDS de Zung. La duración promedio para realizar dicha	Depresión moderada Mayor a 31 pts. Depresión grave		
--	---	---	--	--



	escala es de 10 a 15 min.			
MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale).	MADRS. Es una escala de evaluación de 10 ítems con un rango de 7 puntos (0-6), que están perfectamente definidos y 3 corresponden a niveles intermedios. Contiene cuatro síntomas relacionados con el estado de ánimo (tristeza aparente, tristeza expresada, pensamiento pesimista y pensamiento suicida), dos con ansiedad (tensión interna, dificultad de concentración) tres con síntomas somáticos (disminución del sueño, apetito disminuido y	Se agruparon los puntajes obtenidos en la encuesta para llevar a cabo las clasificaciones estos se encontraban previamente establecidos: 0-7 pts. No depresión 8-18 pts. Depresión leve 19-34 pts. Depresión moderada Mayor a 35 pts. Depresión grave	Cualitativa Ordinal	No depresión /Depresión Leve/ Depresión moderada/ Depresión Grave



	laxitud) y uno con anhedonia (incapacidad para sentir). Específicamente diseñado para ser sensible al cambio y a los efectos del tratamiento. Es de gran utilidad para evaluar pacientes con enfermedades físicas concomitantes cuyos síntomas pueden confundirse con los síntomas con los síntomas somáticos propiamente depresivos. Con una fiabilidad inter examinadores que oscila entre 0.89 a 0.95, con una validez convergente encontrando una correlación de 0.70 con una evaluación clínica global y de 0.81 con la Escala			
--	--	--	--	--

	de Ansiedad y Depresión (HAD) y de 0.95 con la HDRS. La duración promedio para realizar dicha escala es de 30 min			
Tipo de Interferón pegilado utilizado	Nombre que reciben los derivados del interferón alfa- 2a o alfa 2b modificados mediante la unión covalente de una cadena de poli etilenglicol (PEG)	Se selección el interferón con el que estaba siendo tratado el paciente de una base de datos brindada por el personal de enfermería de la clínica de Hepatitis de dicha unidad	Cualitativa Nominal	2a / 2b

Método o procedimiento para captar la información:

Se acudirá a la clínica de Hepatitis a cargo de la Dra. Moreno en las instalaciones de Hospital Regional de zona 30 IMSS y se solicitara permiso para realizar las encuestas a dichos pacientes, posteriormente se informara al paciente el contenido del protocolo y se solicitara permiso para realizar las encuestas previo consentimiento informado; se realizaran las encuestas de MADRS Y BDI para depresión de forma personal posteriormente se revisaran las encuestas, se dejara una copia en su expediente y se pasara la información a una base de datos y se analizaran las variables.

Recursos Humanos, Financieros Y Materiales, Factibilidad

Recursos propios: Lápiz, pluma, hojas blancas, encuestas MADRS y BDI, equipo de cómputo, impresora, dinero en efectivo.

Recursos institucionales: Utilización de equipo de cómputo y sistema de expediente electrónico en los casos necesarios que se requirió para captura de variables.

Consideraciones Éticas:

Investigación sin riesgo o con riesgo mínimo. Cuando se detectó algún paciente con Depresión se informó de forma oportuna al médico tratante.

Confidencialidad de resultados

El presente estudio no se contrapuso con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki de 1964, revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989, así como en el Reglamento de la Ley General de Salud en México en materia de Investigación para la Salud.

La presente investigación fue acorde con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales. Antes del inicio del estudio el protocolo mismo fue sometidos al Comité local de Investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes.

Consentimiento informado

Antes del inicio del estudio se les informó a los participantes acerca de la investigación y se les pidió su consentimiento para participar si así lo deseaban, realizando el registro en la carta de consentimiento informado (ANEXOS)

VII. Resultados

En base a los datos obtenidos del presente estudio y mediante el apoyo del programa estadístico mencionado para su análisis, se incluyeron 91 expedientes según criterios determinados en la metodología del presente, encontramos los siguientes resultados:

Dentro de los datos generales de nuestra población observamos una distribución por edad entre los 25 y 77 años como mínimo y máximo respectivamente en la presentación de su cuadro de hepatitis, presentando una media de 50 años (tabla 1).

ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA EDAD		
Media		49.85
Mínimo		25
Máximo		77
TABLA 1		

Para el análisis de la población, dividimos por grupos de edad a la misma, observando una mayor frecuencia con el 65.9% en el grupo de 45 a 64 años (grafico 1), así mismo nuestra población se caracterizó por una prevalencia mayor en el grupo de masculinos con el 67% (grafico 2), considerando que la mayoría de la población presento un estado civil casado en el 62.6% de la población (grafico 3).

Al respecto de la residencia de nuestros pacientes observamos que más del 80 % son residentes de Mexicali Baja California (tabla 2).

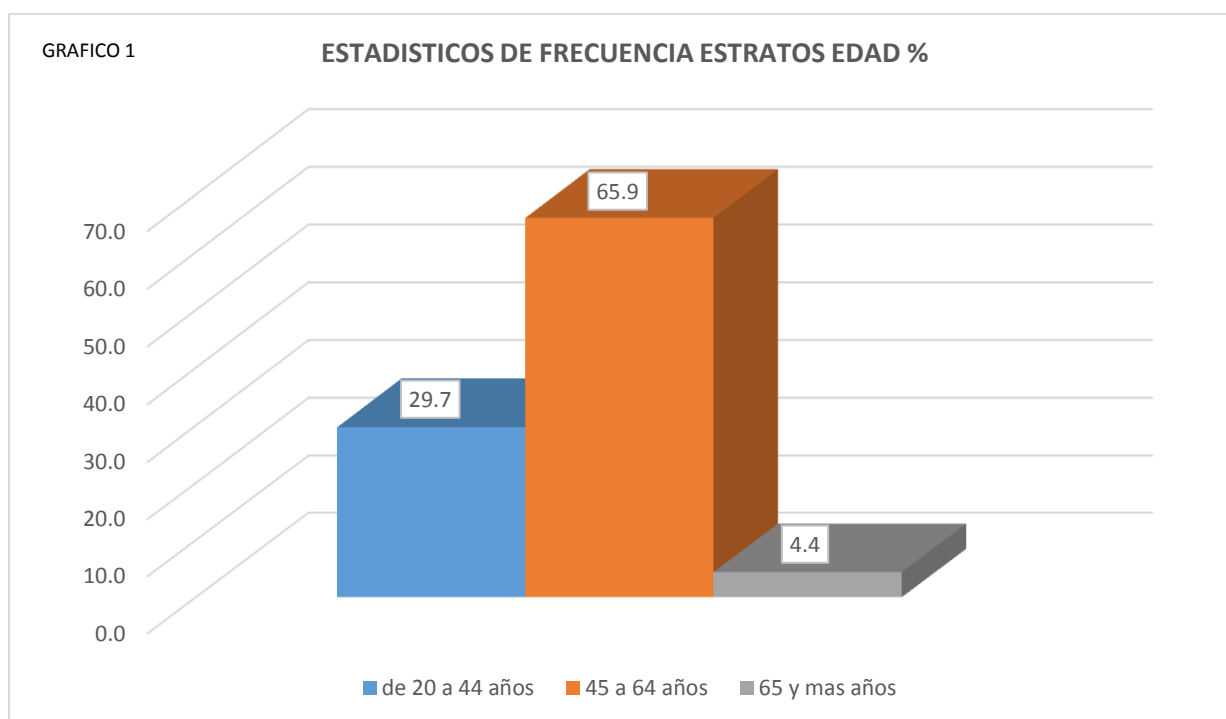


GRAFICO 2

ESTADISTICOS DE FRECUENCIA GENERO %

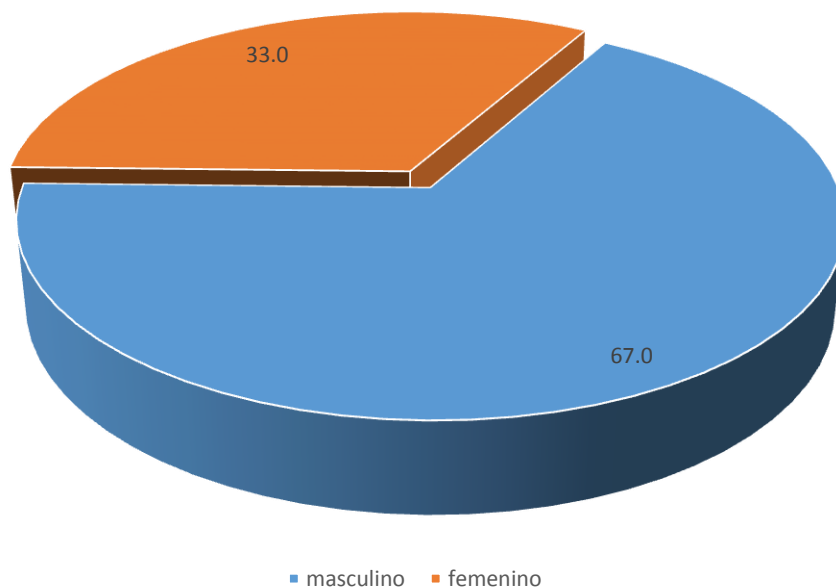
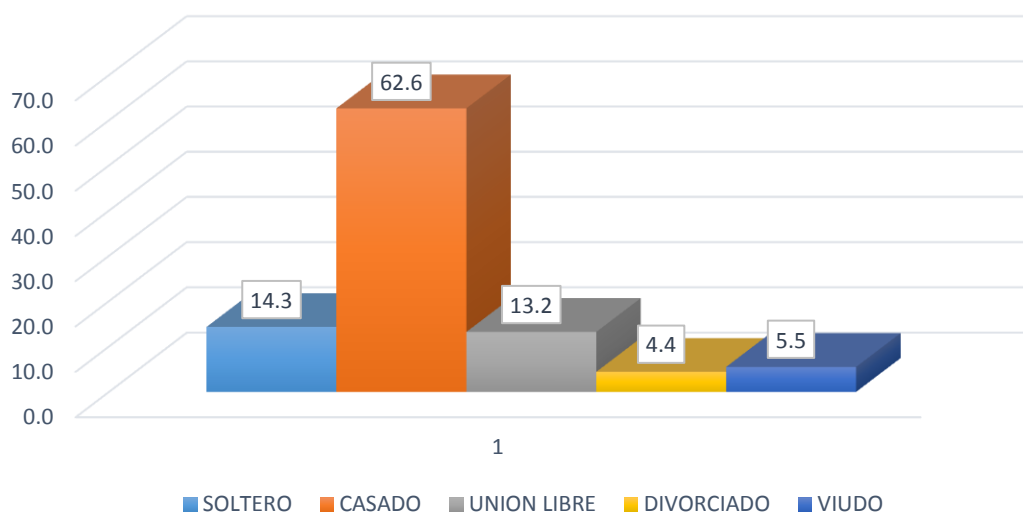


GRAFICO 3

ESTADISTICOS DE FRECUENCIA EDO CIVIL %



ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA RESIDENCIA

	Frecuencia	Porcentaje
MEXICALI	74	81.3

VALLE DE MEXICALI	1	1.1
SAN LUIS RIO COLORADO	16	17.6
Total	91	100.0

TABLA 2

En relación a las frecuencias observadas del mecanismo de transmisión de la enfermedad y su tratamiento, determinamos que el 35.2% de la población refirió haber adquirido la enfermedad a través del uso de drogas intravenosas, seguido del grupo de uso de drogas IV y tatuajes con el 22% (tabla 3), así mismo se observó que el tiempo que presentaron de evolución en el diagnóstico de hepatitis c fue mayor en el grupo de más de 1 año con el 84.6% (tabla 4), que se relaciona directamente con la población de los pacientes que al momento de la evaluación presentaron una evolución de tratamiento mayor a 13 meses con el 82.5% (tabla 5). De los pacientes evaluados, observamos que el 65.9% de ellos actualmente se encontró bajo el tratamiento de interferón pegilado 2a (tabla 6).

ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA TIPO DE TRANSMISIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
TRANSFUSIÓN	16	17.6
DROGAS IV	32	35.2
CONTACTO SEXUAL	2	2.2
DROGAS Y TATUAJES	20	22.0
DROGAS Y TRANSFUSIÓN	1	1.1
INTRAHOSPITALARIO	3	3.3
TATUAJES	3	3.3
SEXUAL Y TATUAJES	1	1.1
DESCONOCIDO	13	14.3

TABLA 3

ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA ESTRATOS TIEMPO ENFERMEDAD MESES

	Frecuencia	Porcentaje
12 MESES O MENOS	14	15.4
13 MESES O MAS	77	84.6
Total	91	100.0

TABLA 4**ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA TIEMPO DE TRATAMIENTO SEMANAS**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 O MENOS SEMANAS	16	17.6
12 A 23 SEMANAS	35	38.5
24 O MAS SEMANAS	40	44.0
TOTAL	91	100.0

TABLA 5**ESTADÍSTICOS DE FRECUENCIA TIPO DE INTERFERÓN**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRATAMIENTO INTERFERÓN 2A	60	65.9
TRATAMIENTO INTERFERÓN 2B	31	34.1
TOTAL	91	100.0

TABLA 6

En lo que respecta al diagnóstico de depresión en los pacientes, siendo nuestro objetivo principal, observamos una distribución similar entre los que presentaron el diagnóstico y los pacientes libres de la patología, principalmente se mostró un nivel de depresión leve en la población en una tercera parte de los mismos, considerando para el cuestionario de evaluación BDI una frecuencia de 54.9% y para el cuestionario MADRS 60.4%(gráficos 4, 5, 6).

ESTADISTICOS DE FRECUENCIA NIVEL DEPRESION BDI / MADRS %

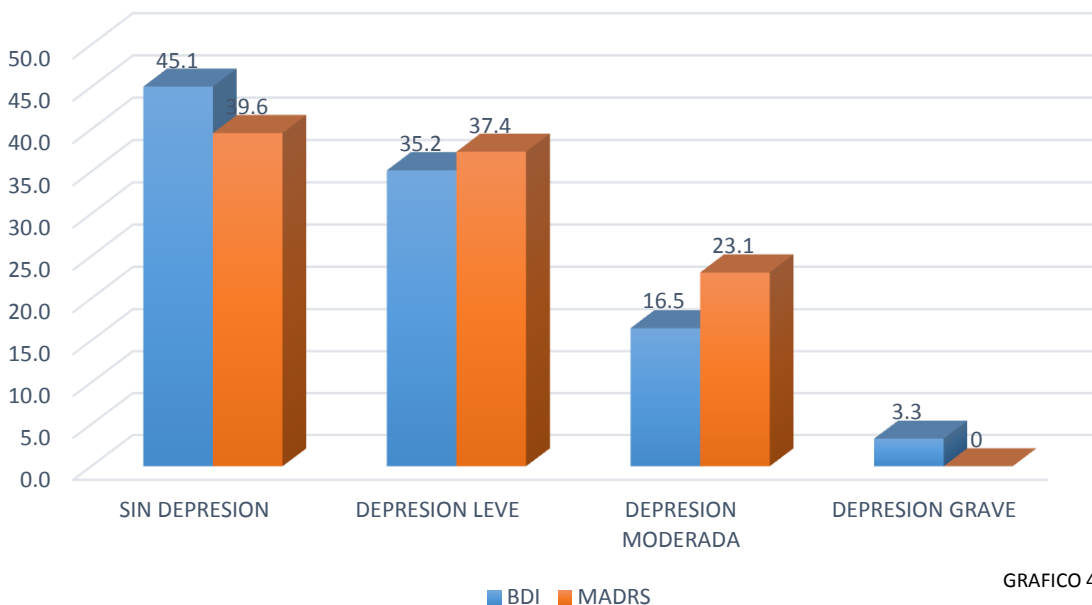


GRAFICO 4

DISTRIBUCION DE DEPRESION EN LA POBLACION GENERAL CUESTIONARIO BDI

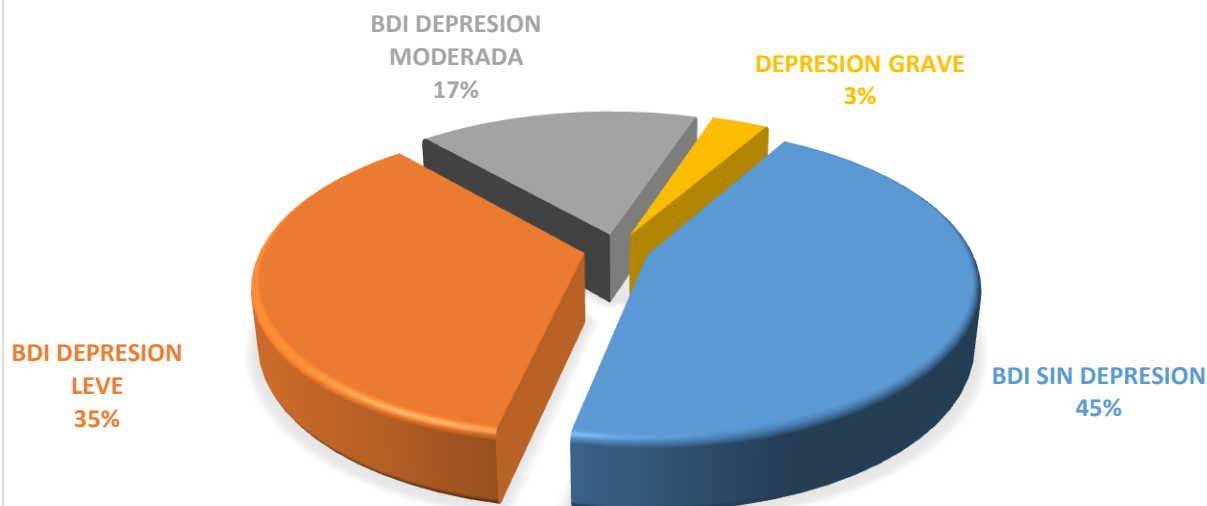


GRAFICO 5

DISTRIBUCION DE DEPRESION EN LA POBLACION GENERAL CUESTIONARIO MADRS

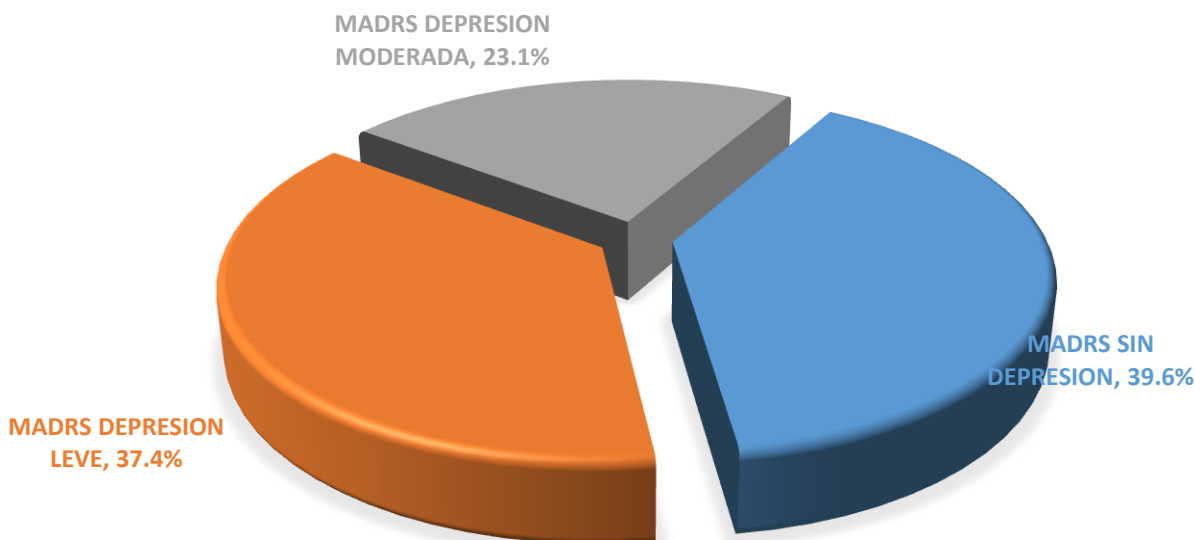


GRAFICO 6

En lo que se refiere a los objetivos específicos del protocolo, pudimos determinar como primer punto que la incidencia de depresión en pacientes con hepatitis C y uso de interferón pegilado por edad, mostro una mayor prevalencia en el grupo de 45 a 64 años con un 70% de los pacientes, seguido del grupo de 20 a 44 años con 37 % de la muestra para el cuestionario BDI. Mediante la encuesta MADRS se observó la mayor incidencia en el grupo de 45 a 64 años con un 66.7% de los pacientes con depresión, seguido del grupo de 20 a 44 años en el 51.9% de los pacientes (tabla 7, 8).

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERÓN PEGILADO POR EDAD CUESTIONARIO BDI

20 A 44 AÑOS	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA			
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B		
	CASOS	16	1	6	3	0	1		



	PORCENTAJE	59.3	3.7	22.2	11.1	0.0	3.7		
45 A 64 AÑOS	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	14	7	24	9	5	8	2	1
	PORCENTAJE	20.0	10.0	34.3	12.9	7.1	11.4	2.9	1.4
65 Y MÁS AÑOS	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA			
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B		
	CASOS	2	1	0	0	1	0		
	PORCENTAJE	50.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0		
TABLA 7									

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERÓN PEGILADO POR EDAD CUESTIONARIO MADRS							
20 A 44 AÑOS	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	11	2	10	2	1	1
	PORCENTAJE	40.7	7.4	37.0	7.4	3.7	3.7
45 A 64 AÑOS	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	12	8	14	8	9	9
	PORCENTAJE	20.0	13.3	23.3	13.3	15.0	15.0
65 Y MÁS AÑOS	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	2	1	0	0	1	0



	PORCENTAJE	50.0	25.0	0.0	0.0	25.0	0.0
TABLA 8							

En lo referente a la incidencia de depresión en pacientes con hepatitis C y uso de interferón pegilado por género, observamos que mostro una mayor prevalencia en el grupo de femeninos con un 63.3% de los pacientes con depresión, siendo la depresión leve la de mayor prevalencia con un 30%, y en los masculinos una presentación con depresión en el 50.8% siendo la de mayor prevalencia la depresión leve en el 18% de la muestra para el cuestionario BDI. De manera similar se observó mediante la encuesta MADRS una mayor prevalencia en las mujeres con un 63.3%, siendo la depresión leve la mayor prevalencia, con un 23.3%, se observó en el grupo de masculinos con un 59% de los pacientes con depresión, siendo la depresión leve la de mayor prevalencia con un 27.9% (tabla 9, 10).

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERÓN PEGILADO POR GENERO CUESTIONARIO BDI									
MASCULINO	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	24	6	11	9	2	6	2	1
	PORCENTAJE	39.3	9.8	18.0	14.8	3.3	9.8	3.3	1.6
FEMENINO	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	8	3	9	3	4	3	0	0
	PORCENTAJE	26.7	10.0	30.	10.	13.3	10.0	0.0	0.



				0	0				0
TABLA 9									

INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERÓN PEGILADO POR GENERO CUESTIONARIO MADRS							
MASCULINO	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	17	8	17	7	5	7
	PORCENTAJE	27.9	13.1	27.9	11.5	8.2	11.5
FEMENINO	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	8	3	7	3	6	3
	PORCENTAJE	26.7	10.0	23.3	10.0	20.0	10.0
TABLA 10							

De lo observado en relación a los métodos de transmisión de Hepatitis C que presentan mayor número de depresión encontramos con el cuestionario BDI que el grupo de pacientes con el antecedente de contagio por drogas IV presento una mayor prevalencia con el 34%, seguido de los casos que refirieron el uso de drogas y tatuajes como antecedente de contagio con el 26%, y mediante el cuestionario MADRS datos similares en presentación con el antecedente de contagio por drogas IV una mayor prevalencia 34.5% y 21.8% que refirieron el uso de drogas y tatuajes como antecedente de contagio, los datos completos y desglosados se observan en la tabla 11 y 12.

MÉTODOS DE TRASMISSION DE HEPATITIS C QUE PRESENTAN MAYOR NÚMERO DE DEPRESIÓN CUESTIONARIO BDI										
		TRANS FUSIÓN	DRO GAS IV	CONTA CTO SEXUAL	DROG AS Y TATUA JES	DROGAS Y TRANSFUSIÓN	INTRAHOSPI TALARIO	TATUAJ ES	SEXU AL Y TATUA JES	DESCON OCIDO
SIN	CASOS	8	15		7		2	1	1	7



Depresión En Pacientes Con Hepatitis C En Tratamiento Con Interferón



DEPRESIÓN	PORCENTAJE	50.0	46.9	0.0	35.0	0.0	66.7	33.3	100.0	53.8
DEP LEVE	CASOS	5	10	1	11		1	1		3
	PORCENTAJE	31.3	31.3	50.0	55.0	0.0	33.3	33.3	0.0	23.1
DEP MODERADA	CASOS	3	5	1	1	1		1		3
	PORCENTAJE	18.8	15.6	50.0	5.0	100.0	0.0	33.3	0.0	23.1
DEP GRAVE	CASOS	0	2		1					
	PORCENTAJE	0.0	6.3	0.0	5.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		16	32	2	20	1	3	3	1	13
TOTAL DEPRESIÓN		8	17	2	13	1	1	2		6
		16.0	34.0	4.0	26.0	2.0	2.0	4.0	0.0	12.0
TABLA 11										

Métodos de transmisión de Hepatitis C que presentan mayor número de depresión CUESTIONARIO MADRS										
		TRANSFUSIÓN	DROGAS IV	CONTACTO SEXUAL	DROGAS Y TATUAJES	DROGAS Y TRANSFUSIÓN	INTRAHOSPITALARIO	TATUAJES	SEXUAL Y TATUAJES	DESCONOCIDO
SIN DEPRESIÓN	CASOS	7	13		8		1	1		6
	PORCENTAJE	43.8	40.6	0.0	40.0	0.0	33.3	33.3	0.0	46.2
DEP LEVE	CASOS	5	11	1	9		1	1	1	5
	PORCENTAJE	31.3	34.4	50.0	45.0	0.0	33.3	33.3	100.0	38.5
DEP MODERADA	CASOS	4	8	1	3	1	1	1		2
	PORCENTAJE	25.0	25.0	50.0	15.0	100.0	33.3	33.3	0.0	15.4
		16	32	2	20	1	3	3	1	13
TOTAL DEPRESIÓN		9	19	2	12	1	2	2	1	7

		16.4	34.5	3.6	21.8	1.8	3.6	3.6	1.8	12.7
TABLA 12										

En lo observado referente del periodo de tratamiento con interferón pegilado en el que se presentan mayor número de casos de depresión, encontramos mediante el cuestionario BDI que, presentar un periodo mayor a 24 semanas determino una prevalencia mayor de diagnóstico de depresión en el 46% de los casos, y de igual forma en cuanto al cuestionario MADRS una prevalencia de 45.5% para el mismo grupo (Desglosado tablas 13, 14).

PERIODO DE TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO EN EL QUE SE PRESENTAN MAYOR NÚMERO DE CASOS DE DEPRESIÓN INSTRUMENTO BDI				
		8 SEMANAS O MENOS	12 A 23 SEMANAS	24 O MAS SEMANAS
SIN DEPRESIÓN	CASOS	10	14	17
	PORCENTAJE	62.5	40.0	42.5
DEP LEVE	CASOS	5	15	12
	PORCENTAJE	31.3	42.9	30.0
DEP MODERADA	CASOS	1	6	8
	PORCENTAJE	6.3	17.1	20.0
DEP GRAVE	CASOS	0	0	3
	PORCENTAJE	0.0	0.0	7.5
TOTAL DEPRESIÓN		6	21	23
		12.0	42.0	46.0
TABLA 13				

PERIODO DE TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO EN EL QUE SE PRESENTAN MAYOR NÚMERO DE CASOS DE DEPRESIÓN INSTRUMENTO MADRS				
		8 SEMANAS O MENOS	12 A 23 SEMANAS	24 O MAS SEMANAS
SIN DEPRESIÓN	CASOS	9	12	15
	PORCENTAJE	56.3	34.3	37.5
DEP LEVE	CASOS	6	16	12
	PORCENTAJE	37.5	45.7	30.0
DEP MODERADA	CASOS	1	7	13
	PORCENTAJE	6.3	20.0	32.5
TOTAL DEPRESIÓN		7	23	25
		12.7	41.8	45.5
TABLA 14				

Dentro de los resultados pudimos identificar qué tipo de interferón (2a o 2b) es más frecuente en los pacientes que presentaron depresión. En relación al cuestionario DBI observamos al interferón 2a presenta una prevalencia de depresión 46.7% de los casos, contra un 71% de depresión en lo pacientes con 2b, así mismo en relación al cuestionario MADRS la prevalencia para el 2a es de 58.4% y para 2b de 64.52%, las estadísticas desglosadas aparecen en las tablas 15 y 16.

TIPO DE INTERFERÓN (2A O 2B) MÁS FRECUENTE EN PRESENTAR DEPRESIÓN CUESTIONARIO BDI								
DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
CASOS	32	9	20	12	6	9	2	1
PORCENTAJE	53.3	29.	33.3	38.7	10	29	3.3	3.2
TABLA 15								

TIPO DE INTERFERÓN (2A O 2B) MÁS FRECUENTE EN PRESENTAR DEPRESIÓN CUESTIONARIO MADRS						
DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
CASOS	25	11	24	10	11	10
PORCENTAJE	41.6	35.48	40	32.25	35.48	19.35

TABLA 16

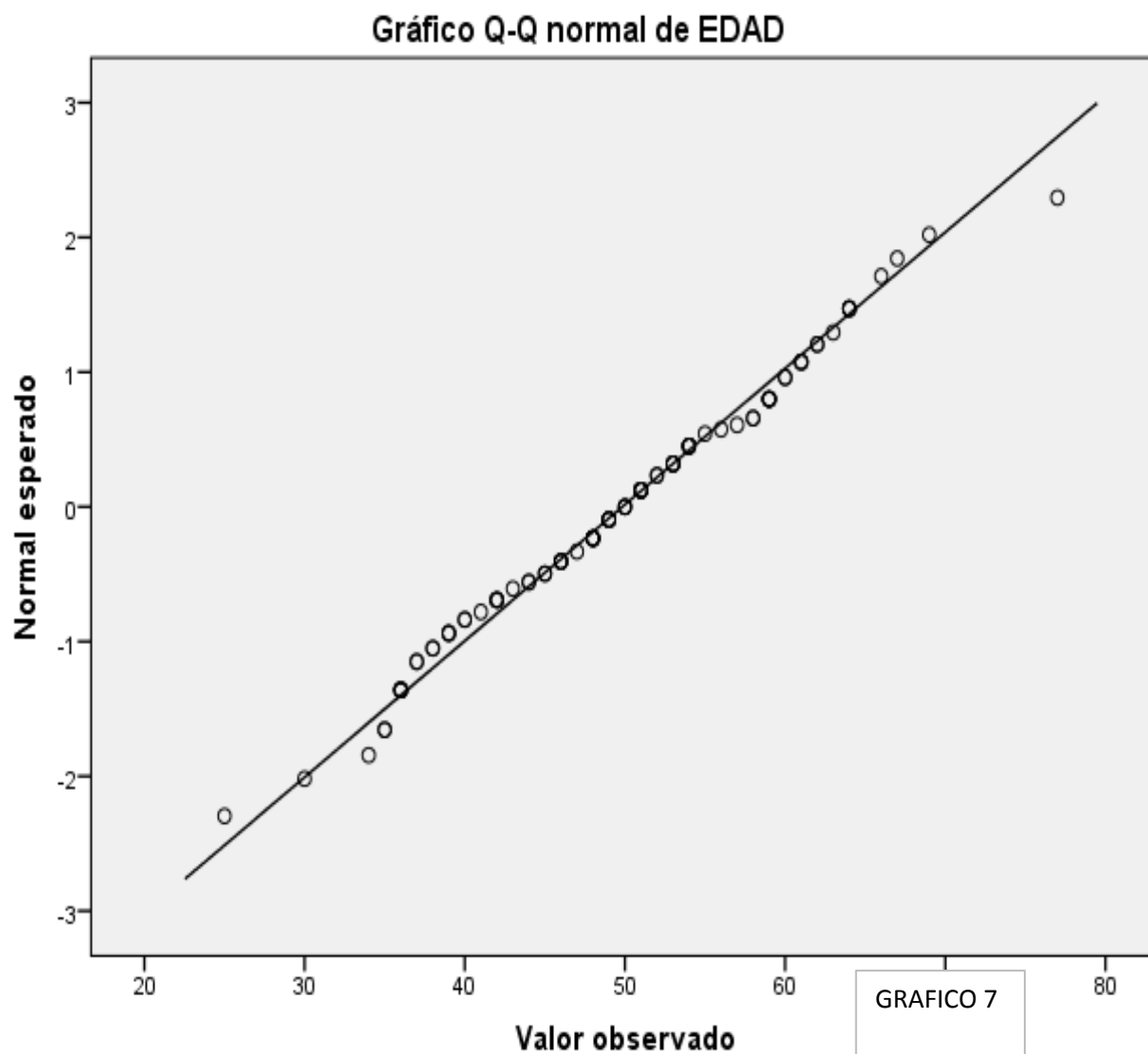
Dentro de los objetivos específicos del estudio, determinamos también la frecuencia de depresión en pacientes con hepatitis C y uso de interferón pegilado por residencia, donde pudimos observar para las encuestas de depresión que, existió una mayor prevalencia del diagnóstico de depresión en los residentes de San Luis Rio Colorado con 56.2% contra un 52.8% en Mexicali respectivamente para el cuestionario BDI. No obstante en el cuestionario de MADRS se encontró una mayor frecuencia en Mexicali con un 62.2% contra un 56.2% en San Luis Rio Colorado. (Tablas 17, 18).

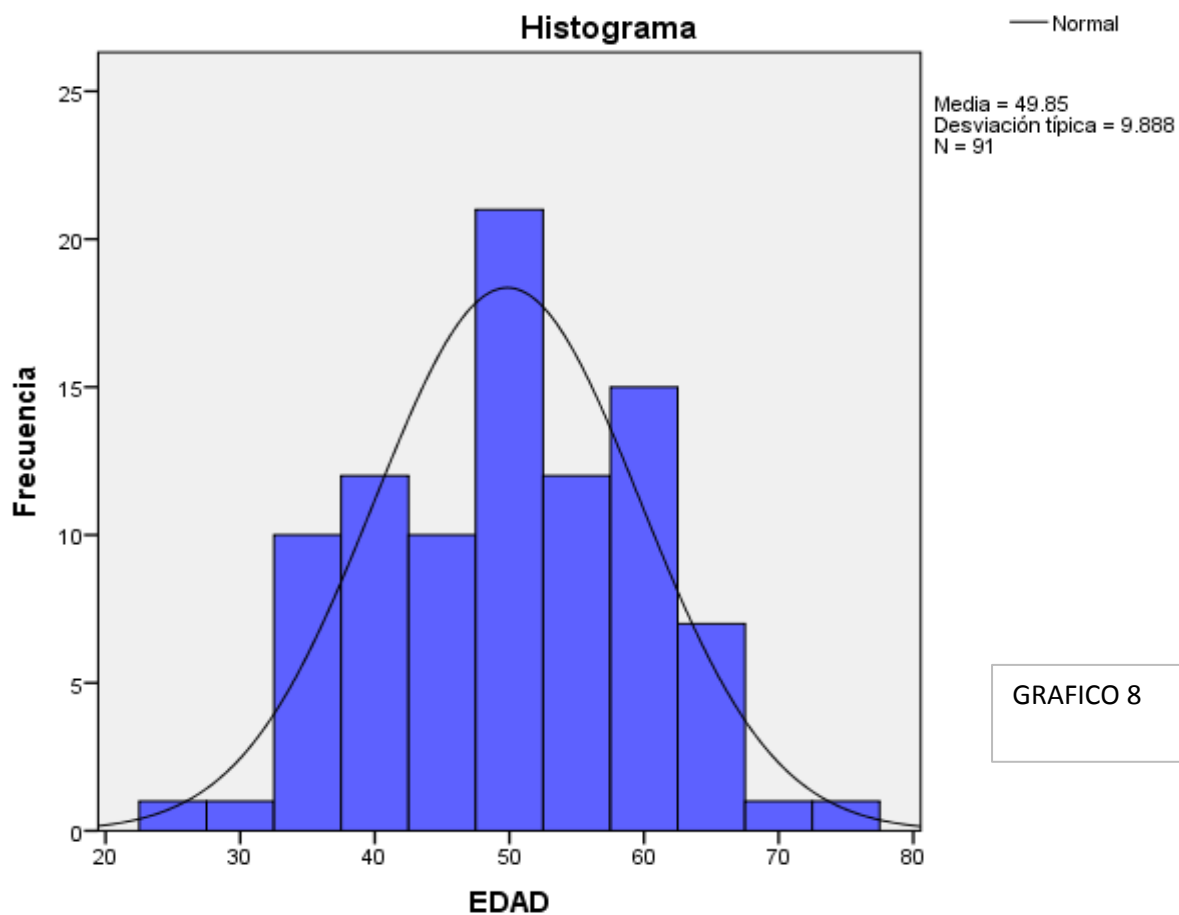
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERÓN PEGILADO POR RESIDENCIA CUESTIONARIO BDI									
MEXICALI	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	24	11	17	9	5	8	0	0
	PORCENTAJE	32.4	14.9	23.0	12.2	6.8	10.8	0.0	0.0
VALLE MEXICALI	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	1	0	0	0	0	0	0	0
	PORCENTAJE	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SAN LUIS RIO COLORADO	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA		DEP GRAVE	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	7	0	3	3	1	1	1	0
	PORCENTAJE	43.8	0.0	18.8	18.8	6.3	6.3	6.3	0.0

TABLA 17

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERÓN PEGILADO POR RESIDENCIA CUESTIONARIO MADRS							
MEXICALI	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	18	10	21	8	8	9
	PORCENTAJE	24.3	13.5	28.4	10.8	10.8	12.2
VALLE MEXICALI	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	1	0	0	0	0	0
	PORCENTAJE	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
SAN LUIS RIO COLORADO	DIAGNOSTICO	SIN DEPRESIÓN		DEP LEVE		DEP MODERADA	
	INTERFERÓN	2A	2B	2A	2B	2A	2B
	CASOS	6	1	3	2	3	1
	PORCENTAJE	37.5	6.3	18.8	12.5	18.8	6.3
TABLA 18							

En relación al análisis de los instrumentos diagnósticos de Depresión, analizamos la normalidad de la muestra con el estadístico de kolmogorov obteniendo una distribución normal (gráficos 7,8), con lo que procedimos a determinar la correlación de los mismos instrumentos a través del estadístico de Pearson, donde observamos que existe una significancia estadística en la correlación, con una puntuación del 0.759 para las encuestas en el resultado de la valoración. (Tabla 19)





CORRELACIÓN DE PEARSON		
	NIVEL DEPRESIÓN BDI	NIVEL DE DEPRESIÓN MADRS
CORRELACIÓN	.759	.759
SIG. (BILATERAL)	.000	.000

TABLA 19



VIII. Discusión

Los resultados obtenidos de esta investigación nos reafirman los conocimientos que se tenían de la literatura con respecto a la depresión en pacientes con hepatitis c y uso de interferón pegilado, donde las prevalencias fueron muy similares en la mayoría de los casos existiendo algunas discrepancias.

En nuestros resultados existe una prevalencia de depresión en nuestros pacientes con hepatitis c y uso de interferón pegilado de 54.9% para el cuestionario de evaluación BDI para el cuestionario MADRS 60.4%, en ambos con mayor prevalencia para depresión leve, comparado con el 20% - 40 % en el estudio de VERDE et al, 38.9% En la Unidad de Asistencial a las Drogodependencias (UAD) de O Porriño, 36% en un tratamiento de 24 semanas y de 42% en tratamiento de 48 semanas por Pere Castellvi Obiols, 16,6% - 50,9% Constanza Caneo, 24% - 76.5% MADRS, de 63% a 31% en Wichers et al, 30%,BDI al igual que en la nuestra con predominio de depresión leve.

Con respecto al tiempo durante el tratamiento en que presentan mayor prevalencia de depresión en nuestro estudio se dio a las >24 semanas, con 46% para BDI y 45.5% para MADRS al igual que en Constanza Caneo con dos picos a las 8 y 24 semanas, VERDE et al reporto a las 12 semanas, Pere Castellvi Obiols 12 semanas.

En referencia al tipo de interferón pegilado utilizado con mayor prevlencia de depresión BDI reporto 71% 2b y 46.7% 2a, MADRS 64.5% 2b y 58.4% 2a, confirmando lo establecido por Springer Healthcare 2014, en la cual refiere mayor prevalencia en 2a.

Con los resultados obtenidos en nuestro estudio recomendamos realizar encuestas de cribaje para depresión a todos los pacientes que van a ser sometidos a tratamiento con interferón pegilado y llevar un seguimiento con dichas encuestas realizándolas previo al tratamiento, a los 2, 6 y 12 meses durante el tratamiento para poder llevar un mejor control y ver la evolución del paciente con respecto al tratamiento, así como utilizar de



manera profiláctica antidepresivos en los pacientes con mayor riesgo establecido, similar a lo que se expone por Schaefer et al y Kraus MR et al respectivamente.

Si bien no podemos generalizar los resultados obtenidos de nuestra muestra dado que es un estudio transversal y no longitudinal, en la cual solo se realizaron encuestas en una ocasión y no a lo largo del tratamiento lo cual nos hubiera dado una mayor perspectiva del comportamiento y de la respuesta del paciente al tratamiento, si podemos determinar una alta prevalencia de depresión entre nuestros pacientes lo que ello puede provocar una poca adherencia al tratamiento y por ende una respuesta no favorable al tratamiento siendo una enfermedad con un alto índice de curación. Por lo cual es necesario reforzar el tratamiento multidisciplinario.

IX. Conclusión

El estudio permitió determinar la alta prevalencia de Depresión en pacientes con Hepatitis C y uso de interferón pegilado en derechohabientes de IMSS Mexicali, adscritos a la clínica de Hepatitis, y la importancia que ello conlleva, en la cual se demostró que la mayor prevalencia de depresión se encuentra en pacientes de sexo femenino, en el grupo de edad entre 45 – 64 años, como medio de contagio las drogas IV, en pacientes que se encuentran en la semana >24 de tratamiento, uso de interferón pegilado 2b y en el caso de la residencia se presentó de acuerdo al BDI en San Luis Rio Colorado y por parte de MADRS en Mexicali. En cuanto a la frecuencia se refiere los más afectados fueron los pacientes residentes de Mexicali, masculinos, casados en grupo de edad 45-64 años.

Se logró determinar que existe una significancia estadística en la correlación entre los instrumentos diagnósticos utilizados, a través del estadístico de Pearson

Los resultados nos dan la información necesaria para tomar ciertas decisiones como tener mayor apego y vigilancia a los pacientes que se encuentran en estos grupos durante su tratamiento para evitar el abandono del mismo, buscar alternativas y el apoyo de un equipo multidisciplinario, para identificar de manera oportuna y canalizar a los pacientes a los diferentes servicios para recibir el tratamiento correspondiente.

Con ello podemos mitigar las complicaciones de la enfermedad, el abandono al tratamiento y los altos costo que ello genera al instituto.



X. Referencias Bibliográficas

1. Constanza Caneo. Trastornos psiquiátricos y cognitivos de la hepatitis C y su tratamiento con interferón. rev Med chile 2010; 138: 1431-1440
2. Lorenzo Gómez T. Psicopatología secundaria al tratamiento con interferón en la UAD de O Porriño Revista Psiquiatria.com. 2011; 15:74.
3. Rui Tato Marinho. Hepatitis C, stigma and cure. World J Gastroenterol 2013 October 28; 19(40): 6703-6709
4. M. Cabré Serres, N. Rudi Sola. Abordaje multidisciplinar como modelo de detección y seguimiento de la morbilidad psiquiátrica en pacientes en tratamiento con interferón y ribavirina. Farm Hosp. 2014;38(3):162-168
5. World Health Organization. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. April 2014
6. Hepatitis C en México. Revisión por el grupo de tarea de expertos en hepatitis C. Springer Healthcare 2014
7. José Luis Valdespino, MC, MSP. Seroprevalencia de la hepatitis C en adultos de México: ¿un problema de salud pública emergente? Salud pública de México / vol.49, suplemento 3 de 2007
8. Hepatitis C virus. Cleve Clin J Med 2014;81 (3): 159-172
9. Marija Žuljan Cvitanović, Davor Lasić. Interferon-alpha induced depression in a patient with Hepatitis C. Psychiatria Danubina, 2014; Vol. 26, No. 1, pp 84-85



10. Jeffrey J. Weiss, PhD and Jack M. Gorman, MD. Psychiatric Behavioral Aspects of Comanagement of Hepatitis C Virus and HIV. Curr HIV/AIDS Rep. 2006 November ; 3(4): 176–181
11. Pere Castellví Obiols. Estudian la depresión y la ansiedad inducidas por el tratamiento contra la hepatitis C crónica. 2011 Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut.
12. Lucinda Porter HCSP. Side Effect Management: Depression. HCSP Diciembre de 2004; 2008

XI. Anexos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: Depresión y ansiedad en pacientes con Hepatitis C y uso de Interferón en Clínica 30 IMSS

Lugar y Fecha: Mexicali B. C. Septiembre del 2014

Número de Registro: _____

Justificación del estudio: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con Hepatitis C y uso de interferón

Procedimientos: Se Realizaran encuestas y escalas para depresión (MADRS) en pacientes con Hepatitis C y uso de interferón, las cuales se interpretaran y se sugerirá manejo a los pacientes que así lo requieran

Posibles Riesgos y molestias: Incomodidad al contestar las escalas

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Detección de trastornos Neuropsiquiátricos, manejo multidisciplinario y oportuno de lo mismo

Información sobre resultados: Los resultados serán confidenciales, los cuales se anexaran a su expediente y podrán ser consultados por el paciente de ser requerido

Participación o retiro: El paciente tendrá el poder de decidir su retiro o participación en el protocolo

Privacidad y confidencialidad: La información recabada será utilizada en el protocolo sin relacionar con su identidad y como parte de su expediente clínico.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dr. Fernando Eng Gómez Llamos

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma del Testigo

Nombre y firma de quien realiza la encuesta



ESCALA DE EVALUACION PARA PROTOCOLO DE DEPRESION Y ANSIEDAD
EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERON PEGILADO
MONTGOMERY-LEISER DEPRESSION RATING SCALE (MLDRS)

Nombre: _____
Estado Civil: _____ Residencia: _____ Sexo: _____
Edad: _____ Forma de Contagio: _____
Tiempo de la Enfermedad: _____ Fecha: _____
Tratamiento y tiempo de uso: _____

1. Tristeza aparente. El paciente expresa abatimiento, tristeza y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica.

Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado

- 0 No tristeza
- 1
- 2 Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3
- 4 Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5
- 6 Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza Informada. El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de lo que expresa por su apariencia o no incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.

Evalúese de acuerdo con la intensidad duración e influenciabilidad por las circunstancias del humor

- 0 Tristeza ocasional en armonía con las circunstancias ambientales
- 1
- 2 Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3
- 4 Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5
- 6 Continua e Invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia.

3. Tensión Interior. El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia o duración de la tranquilidad perdida

- 0 Placidez aparente. Solo manifiesta tensión interna
- 1
- 2 Ocasionalmente sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3
- 4 Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentes y que el paciente puede dominar, pero con dificultad.
- 5
- 6 Angustia o temor no mitigado. pánico abrumador

4. Sueño reducido. El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a como duerme cuando se encuentra bien

- 0 Sueños como los normales
- 1
- 2 Leve dificultad para dormir o sueños ligeramente reducidos. Sueño ligero
- 3
- 4 Sueño reducido, o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5
- 6 Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Apetito reducido. El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con, cuando se encuentra bien.

Evalúese por la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado

1

2. Apetito ligeramente reducido

3.

4. Sin apetito. Los alimentos le saben mal

5

6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración. El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento para concentrarse

0. ninguna dificultad de concentración

1

2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos

3

4. Dificultades en la concentración y mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer

5

6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud, abulia. El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias

0. Apenas dificultad para iniciar actividades. Sin dificultad

1

2. Dificultad para iniciar actividades

3

4. Dificultad para iniciar sus actividades rutinarias, que exijan un esfuerzo para ser llevadas a cabo

5

6. Completa laxitud. Incapacidad de hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir. El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente le producían placer. La capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas

0. Interés normal por las cosas o personas

1

2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales

3

4. Pérdida de interés en lo que lo rodea, incluso con los amigos y conocidos

5

6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia los parientes y amigos

9. Pensamiento pesimista. El paciente expresa: pensamiento de culpa, autor reproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina y de pecado.

0. Sin pensamiento pesimista

1

2. Ideas fluctuantes de fallos, autor reproches o auto deprecaciones

3

4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo

5

6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida. El pensamiento expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas suicidas o planeadas para el suicidio.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene

1

2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces

3

4. Manifiesta deseo de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado una solución, pero no se ha elaborado planes o hecho intención.

5

6. Planes explícitos de suicidio en cuanto exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio.



ESCALA DE EVALUACION PARA PROTOCOLO DE DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y USO DE INTERFERON PEGILADO

BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Nombre _____

Fecha: _____

Instrucciones. En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana incluyendo el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considera aplicable a su caso márquela también.

1. 0 No me siento triste
 - 1 Me siento triste
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 - 1 Me siento desanimado con respecto al futuro
 - 2 Siento no tengo que esperar nada
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3. 0 No me siento fracasado
 - 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - 2 Cuando me miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 - 3 Me siento una persona totalmente fracasada
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 - 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo
5. 0 No me siento especialmente culpable
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
 - 3 Me siento culpable constantemente
6. 0 No creo que esté siendo castigado
 - 1 Me siento como si fuese a ser castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Siento que estoy siendo castigado
7. 0 No estoy decepcionado de mí mismo
 - 1 Estoy decepcionado de mí mismo
 - 2 Me da vergüenza de mí mismo
 - 3 Me detesto
8. 0 No me considero peor que cualquier otro
 - 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 - 2 Continualmente me culpo por mis faltas
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
 - 2 Desearía suicidarme
 - 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
- 10.0 No lloro más de lo que solía
 - 1 Ahora lloro más que antes
 - 2 Lloro continuamente
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera



- 11.0 No estoy más irritado de lo normal en mí
- 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - 2 Me siento irritado continuamente
 - 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
- 12.0 No he perdido interés por los demás
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
 - 3 He perdido todo interés por los demás
- 13.0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
- 1 Evito tomar decisiones más que antes
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
 - 3 Ya me es imposible tomar decisiones
- 14.0 No creo tener peor aspecto que antes
- 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
 - 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible
- 15.0 Trabajo igual que antes
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
 - 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo
 - 3 No puedo hacer nada en absoluto
- 16.0 Duermo tan bien como siempre
- 1 No duermo tan bien como antes
 - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
- 17.0 No me siento más cansado de lo normal
- 1 Me canso más que antes
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18.0 Mi apetito ha disminuido
- 1 No tengo tan buen apetito como antes
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 - 3 He perdido completamente el apetito
- 19.0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- 1 He perdido más de 2 kilos
 - 2 He perdido más de 4 kilos
 - 3 He perdido más de 7 kilos
- Estoy a dieta para adelgazar Sí ____ No ____
- 20.0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 - 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa
- 21.0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 estoy menos interesado por el sexo que antes
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 - 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma	Sep-14	Oct-14	Nov-14	Dic-14	Ene-15	Feb-15	Mar-15	Abr-15	May-15	Jun-15	Jul-15	Ago-15	Sep-15	Oct-15	Nov-15	Dic-15
Eleccion de tema	X															
Revision de bibliografia		X														
Planteamiento del problema		X														
Formulacion de objetivos			X													
Justificacion			X													
Marco Teorico				X												
Criterios de Inclusion y exclusion				X	X	X										
Presentacion del protocolo							X	X								
Registro SIRELSIS									X	X	X					
Recoleccion de datos												X	X	X		
Analisis Estadistico														X	X	
Envio publicacion																X