



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

***PRESENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL EN HOSPITALIZACION DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA***

T E S I S D E P O S G R A D O

P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E

E S P E C I A L I S T A E N M E D I C I N A I N T E R N A

P R E S E N T A :

DR. ENRIQUE ANTONIO TORRES MENDOZA

A S E S O R D E T E S I S

DR. JESUS GUTIERREZ BAJATA



MÉXICO D.F.

AGOSTO 2010



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.

FIRMAS DE AUTORIZACION:

DR. VITELIO VELAZCO MURILLO
DIRECTOR
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE

DR. EMILIO MONTES NUÑEZ
Jefe de Enseñanza
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE

DR. VICTOR MANUEL GOMEZ VILLALOBOS
Coordinador médico del Servicio de Medicina Interna
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE

DR. JESUS GUTIERREZ BAJATA
Tutor clínico de Tesis
Medico Geriatra e Internista
Profesor Titular del Curso de Medicina Interna
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" , ISSSTE

DR. ENRIQUE ANTONIO TORRES MENDOZA
Medico Residente de 4to año Medicina Interna
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" , ISSSTE

RESUMEN

INTRODUCCION La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud que va en aumento en estos últimos años, la sustitución renal con diálisis peritoneal representa el 91% de este tipo de tratamiento en nuestro país, presentando un aproximado de 8 millones de pacientes que padecen insuficiencia renal y que su estimación para el 2013 es del doble es un problema de salud nacional que va en aumento. La gran mayoría de estos pacientes se atienden en Hospitales de 2do nivel razón por la cual en nuestro hospital tenemos una población grande de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en sustitución con diálisis peritoneal. Estos pacientes tienen múltiples morbilidades dentro de las cuales las de mayor importancia y relevancia se encuentran la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica, lo que va deteriorando la calidad de vida de los pacientes y esto influye directamente en su estado de ánimo, la identificación de los pacientes que se encuentran en depresión es importante ya que es un factor de riesgo independiente para la re hospitalización y mortalidad de estos pacientes. *METODOLOGIA* Se realizo un estudio clínico observacional retrospectivo, en donde se incluyeron 50 pacientes mayores de 18 años con diagnostico de Insuficiencia renal Crónica en sustitución con Diálisis Peritoneal de más de 6 meses que estuvieran hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez, a los cuales se les aplico el Inventario de Depresión de Beck para identificar pacientes con depresión y el grado de la misma. *RESULTADOS* De los 50 pacientes estudiados 45 pacientes se encontraron con algún grado de depresión, con predominio de sexo femenino siendo 27 pacientes comparado con 23 pacientes del sexo masculino, con un rango de edad entre los 60 y 69 años de edad, el 64% padecen Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial comparados con el 12 y 20% respectivamente, la mayoría de los pacientes tienen 1 a 2 años de haber iniciado su tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal siendo el grado de depresión de mayor presencia el leve. *DISCUSION Y CONCLUSIONES* De acuerdo a la literatura la depresión tiene una alta prevalencia en los pacientes con enfermedad renal crónica y se ha asociado con un incremento en la morbilidad y en la mortalidad, además de ser un factor de riesgo independiente de re hospitalización para pacientes con insuficiencia cardiaca y pacientes con enfermedad renal terminal, y de muerte en pacientes con infarto agudo al miocardio reciente, insuficiencia cardiaca o enfermedad renal terminal. De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la mayor presencia de depresión se encuentra en pacientes del sexo femenino con una edad promedio entre 60 y 69 años de edad que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial esto resultados concuerdan con lo referido en la literatura internacional, sin embargo se encontró que la mayoría de los pacientes con algún grado de depresión se encontraban con uso de diálisis peritoneal de 1 a 2 años diferente a lo referido en la literatura, esto puede explicarse debido a que la mayoría de la población atendida en el servicio cuenta con este tiempo de uso, también se encuentra que la mayoría de los pacientes masculinos con depresión se encuentran con depresión severa, esto debido probablemente a que pierden el status a nivel laboral debido a mayores hospitalizaciones y decremento en su actividad laboral.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres:

Ya que sin su apoyo no habría logrado llegar a esta meta

A mis Hermanos:

Por su apoyo incondicional

A mis Maestros:

Por forjarme como médico y como persona

A mis Compañeros Residentes:

Por su valioso apoyo y amistad

“ SIN ESPERANZA DE PREMIOS NI HONORES ”

INDICE

INTRODUCCION -----	1
MARCO TEORICO	
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA -----	2
EPIDEMIOLOGIA -----	2
DIALISIS PERITONEAL -----	3
DEPRESIÓN -----	3
ENFERMEDAD RENAL Y DEPRESION	
PREVALENCIA DE DEPRESION -----	4
INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK -----	4
FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESION -----	4
POTENCIALES MECANISMOS DE DEPRESIÓN Y EVENTOS CARDIACOS ----	5
DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL	
TERMINAL -----	7
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIDEPRESIVO -----	7
MATERIAL Y METODOS	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	8
HIPOTESIS -----	8
OBJETIVOS	
GENERAL -----	8
ESPECIFICOS -----	8
JUSTIFICACIONES -----	9
METODO	
DISEÑO DEL ESTUDIO -----	10
POBLACION Y MUESTRA -----	10
CRITERIOS DE SELECCION	
CRITERIOS DE INCLUSION -----	10
CRITERIOS DE EXCLUSION -----	10

INDICE

RESULTADOS -----	11
GRAFICOS -----	13
DISCUSION -----	18
CONSIDERACIONES FINALES -----	20
APENDICES -----	21
BIBLIOGRAFIA -----	27

INTRODUCCION

La Insuficiencia Renal Crónica es un problema de salud que va en aumento en estos últimos años, la sustitución renal con diálisis peritoneal representa el 91% de este tipo de tratamiento en nuestro país. Un aproximado de 8 millones de pacientes padecen insuficiencia renal crónica y su estimación para el 2013 es del doble esto es un problema de salud nacional que va en aumento. La gran mayoría de estos pacientes se atienden en Hospitales de 2do nivel razón por la cual en nuestro hospital tenemos una población grande de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en sustitución con diálisis peritoneal. Estos pacientes tienen múltiples morbilidades dentro de las cuales las de mayor importancia y relevancia se encuentran la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Hipertensión Arterial Sistémica, lo que va deteriorando la calidad de vida de los pacientes y esto influye directamente en su estado de ánimo, la identificación de los pacientes que se encuentran en depresión es importante debido a que la depresión es un factor de riesgo independiente de re hospitalización para pacientes con insuficiencia cardiaca y pacientes con enfermedad renal terminal, y de muerte en pacientes con infarto agudo al miocardio reciente, insuficiencia cardiaca o enfermedad renal terminal. Los niveles de depresión se han estimado en un 2 a 4% en la población general, en 5-10% en pacientes con enfermedad crónica y en un 20 a un 30% en pacientes con enfermedad renal crónica. Debido a los altos índices de depresión observado en los pacientes con enfermedad renal crónica en sustitución renal y la alta morbi-mortalidad relacionada con estos pacientes, además de la poca investigación que se muestra sobre esta no solo a nivel nacional sino a nivel internacional se decide la realización de este estudio, ya que se considera una parte importante del tratamiento en estos pacientes. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una mayor prevalencia en el sexo femenino con una edad promedio entre los 60 y 69 años de edad con enfermedades asociadas como Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial teniendo un uso de diálisis promedio de 1 a 2 años, encontrando que la mayoría de los pacientes se ubicaban dentro del rubro de depresión leve. Basados en la alta prevalencia de la depresión y su relación con resultados pobres, tenemos que recomendar que los pacientes con enfermedad renal terminal e inicio de diálisis se realice un screening al inicio de la terapia de diálisis posteriormente dentro de los 3 a 6 meses después del inicio de la terapia de sustitución renal, y después anualmente. Los pacientes con altos puntajes en el cuestionario de depresión deben someterse a una entrevista clínica estructurada para confirmar la presencia de un trastorno depresivo mayor antes de considerar las opciones de tratamiento. A pesar de la elevada prevalencia de la depresión y su relación con pobres resultados en la terapéutica, sólo a una minoría de pacientes con enfermedad renal se les realiza un diagnóstico de depresión y reciben tratamiento.

HOSPITAL GENERAL FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
SERVICIO MEDICINA INTERNA

MARCO TEORICO

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Las nefropatías crónicas son enfermedades con diferentes procesos fisiopatológicos que se acompañan de anormalidades de la función renal y deterioro progresivo de la tasa de filtración glomerular. El término insuficiencia renal crónica denota el proceso de disminución irreversible, intensa e incesante en el número de nefronas y típicamente corresponde a los estadios o etapas 3 a 5 (fig. 1) de la enfermedad crónica renal. (1)

El término nefropatía terminal representa una etapa de la enfermedad renal en la que la acumulación de toxinas, líquidos y electrolitos que los riñones excretan normalmente origina el síndrome urémico. Esta situación culmina con la muerte, salvo que por alguna terapia se eliminen las toxinas por diálisis o trasplante del riñón. (2)

Fig. 1 ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (1)

ESTADIOS	GFR (ML/MIN/1.73M2)
1	>90
2	60-89
3	30-59
4	15-29
5	<15 (o diálisis)

EPIDEMIOLOGIA

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud mundial, y es uno de los principales motivos de atención e internamiento en los hospitales de nuestro país. La enfermedad no sólo es altamente prevalente si no que su frecuencia aumenta con rapidez; más aún, la insuficiencia renal crónica es sólo la cabeza del problema, ya que por cada paciente con esta enfermedad (filtrado glomerular menor de 15 mL/min) hay 100 pacientes en diversos estadios de enfermedad renal. (3)

En Estados Unidos, entre 1980 y 2001, la incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal se cuadruplicó de 82 a 334 casos por millón de la población total, mientras su prevalencia se quintuplicó de 271 a 1,400 casos por millón. En nuestro país se estima actualmente un costo de 2% del presupuesto del servicio nacional de salud para esta enfermedad. Para el 2013 se calcula que la cantidad de individuos con enfermedad renal terminal será el doble. En México aún no se cuenta con el Registro Nacional; sin embargo, considerando que la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (principal factor etiológico), según la Encuesta Nacional del 2000, es de 10.8% en la población mayor de 18 años y el riesgo de padecer nefropatía es entre 20 y 40%, se calcula que por lo menos hay ocho millones de personas con enfermedad renal crónica; de las cuales, cerca de 40,000 están adscritas a algún programa de diálisis, diálisis peritoneal nocturna intermitente, diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), diálisis peritoneal continua con cicladora (DPCC). Se estiman, además, alrededor de 4,000 nuevos casos al año. (4)

DIALISIS PERITONEAL

El tratamiento de la insuficiencia renal consiste en sustituir la función mediante diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal), o bien la terapia de reemplazo mediante trasplante renal. La frecuencia con que se practica cada uno de estos tratamientos varía alrededor del mundo, dependiendo en gran medida de las condiciones socioeconómicas. ⁽⁵⁾ La diálisis peritoneal es una forma de sustitución de la función renal muy utilizada en nuestro medio donde se dificulta el acceso a otras alternativas. En México, 91% de los pacientes en insuficiencia renal crónica terminal reciben diálisis peritoneal, mientras que en otros países la diálisis peritoneal es menos frecuente (50% en Inglaterra, 38% en Canadá y 16% en Estados Unidos). ⁽⁴⁾ Aunque la capacidad de la diálisis peritoneal para cambiar la composición sanguínea de solutos equivale, aproximadamente a un octavo de la que posee la hemodiálisis y la capacidad en la eliminación de líquidos es de un cuarto, la diálisis peritoneal puede aplicarse de forma continua durante 24 horas/día, mientras que la hemodiálisis no suele emplearse más de 4 hrs. Por lo tanto, en un tratamiento diario, la eficacia de la diálisis no es muy distinta de la hemodiálisis. ⁽⁶⁾

2

DEPRESION

Durante el transcurso del tiempo el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. ⁽⁴⁾

El DSM IV, donde se detalla la Sintomatología de la depresión grave sosteniendo que:

Una persona tiene el síndrome de depresión clínica, si muestra por lo menos 5 de los siguientes síntomas de forma interrumpida y a lo largo de dos semanas incluyendo siempre el estado de ánimo deprimido o la disminución del placer o interés en cualquier actividad:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida) en todas o casi todas las actividades.
- Cambios en el peso habitual, disminución o aumento del apetito a diario.
- Insomnio o hipersomnia (sueño durante el día).
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
- Disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo.
- Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse.
- Visión pesimista, o "negra" del futuro.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. ⁽⁷⁾

ENFERMEDAD RENAL Y DEPRESIÓN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN

Aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica terminal tiene un trastorno psiquiátrico, la depresión tiene una alta prevalencia en estos pacientes y se ha asociado con un incremento en la morbilidad y en la mortalidad. (6) Los niveles de depresión se han estimado en un 2 a 4% en la población general, en 5-10% en pacientes con enfermedad crónica y en un 20 a un 30% en pacientes con enfermedad renal crónica. (8) Este índice de prevalencia es incluso mayor que en otras enfermedades crónicas tales como insuficiencia cardíaca congestiva en donde se estima un 14% de prevalencia de depresión y en infarto agudo al miocardio en donde se estima un 16% de depresión. (9)

La depresión es un factor de riesgo independiente de re hospitalización para pacientes con insuficiencia cardíaca y pacientes con enfermedad renal terminal, y de muerte en pacientes con infarto agudo al miocardio reciente, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal terminal. (8)

Pacientes con enfermedad renal crónica presentan síntomas como pérdida de la energía, pérdida de apetito, y alteraciones en el sueño que no confirman un episodio depresivo mayor y que si entran dentro de la definición de depresión usando el DSM-IV. (10) Estos síntomas reportados por los pacientes con enfermedad renal pueden ser mal diagnosticados como síntomas de un desorden depresivo. El uso de diferentes cuestionarios en estudios diferentes ha contribuido enormemente en la variabilidad (de 15% a 60%) de la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal terminal. (8)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El inventario de Depresión de Beck es un instrumento de auto informe compuesto por 21 ítems cuya finalidad es medir la severidad de la depresión en los adultos y adolescentes a partir de los 13 años.

La primera versión del BDI (inventario de depresión de Beck) en 1961 se realizó sobre la base del análisis de los contenidos más frecuentes en las sesiones terapéuticas con pacientes deprimidos. Lo conformaban 21 ítems que se presentaban en tres fases de formulación gradual y que referían a criterios diagnósticos básicos de la depresión (humor, pesimismo, culpa, preocupaciones somáticas, pérdida del libido, etc.). Luego de una revisión realizada en 1987 (BDI-A) en 1994 se inició el estudio piloto para el diseño del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) cuyo objetivo principal fue adecuar el contenido de los ítems a los criterios diagnósticos para la depresión considerados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV). Por sus características, calidad psicométrica, facilidad y rapidez en su aplicación y justeza en la identificación de síntomas depresivos según criterios del DSM-IV, se trata de una prueba que sirve al psicólogo, al psiquiatra y al neurólogo para discriminar rápidamente los posibles casos de depresión. (11)

FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN

Los factores asociados a depresión según los datos proporcionados por el estudio DOPPS (dialysis outcomes and practice patterns study) son menor edad, raza blanca, sexo femenino y mayor duración en terapia de sustitución renal como hemodiálisis. A lo largo del tiempo en varios estudios en pacientes con enfermedad renal terminal, aparece la relación entre varias comorbilidades como son Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedad coronaria cardíaca, enfermedad cerebro vascular, enfermedad vascular periférica, enfermedad pulmonar e hipoalbuminemia y síntomas de depresión. (12)

La depresión también se ha asociado con alteraciones en las relaciones sociales y en las relaciones interpersonales. Esto puede resultar en un decremento en el apoyo de la familia, en el trabajo en la comunidad incluso en las organizaciones religiosas. Las dificultades en el matrimonio y en la familia en los pacientes con enfermedad renal terminal están bien documentadas. (13)

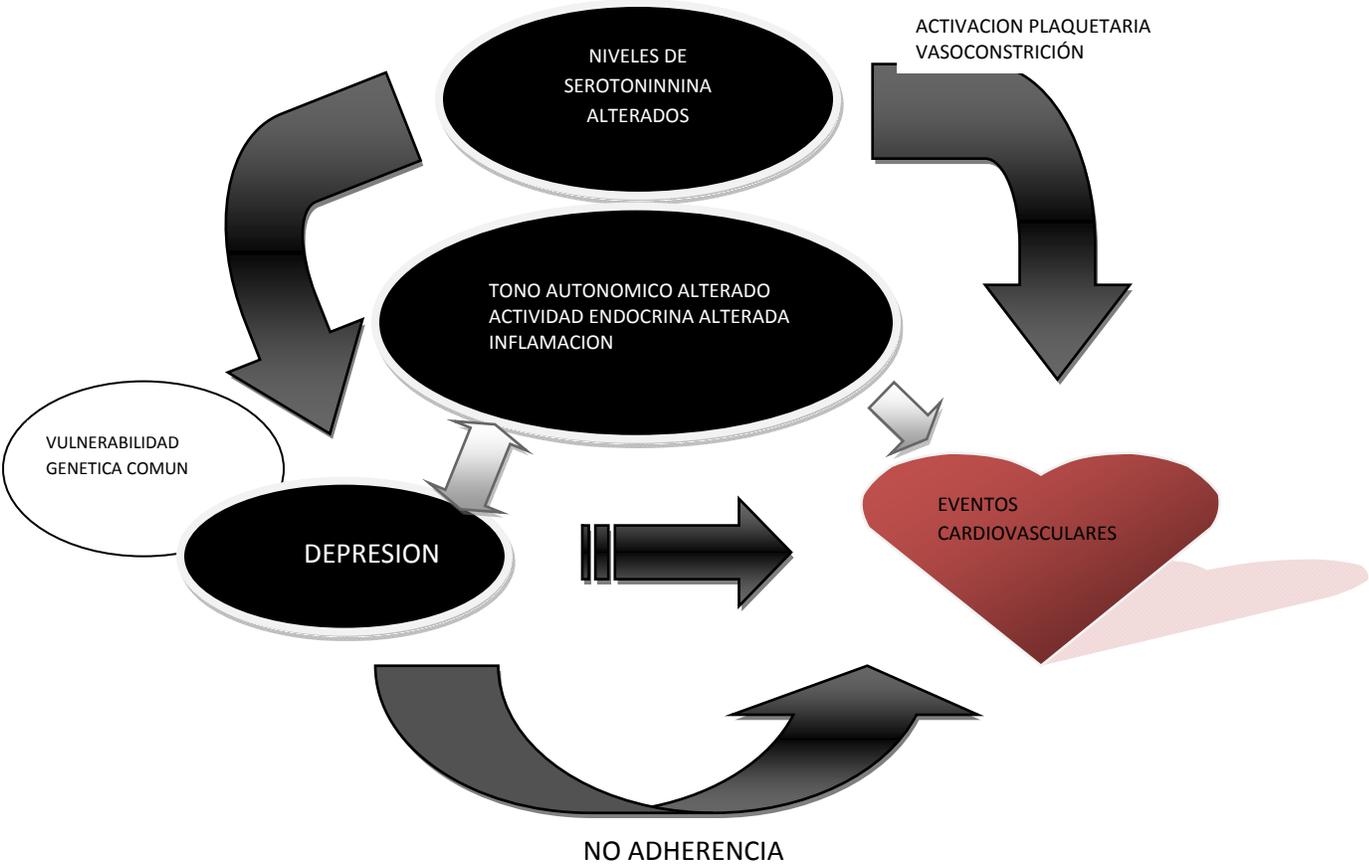
POTENCIALES MECANISMOS DE DEPRESIÓN Y EVENTOS CARDIACOS

Una pregunta clave es si la depresión en sí tiene un papel directo en el desarrollo de la morbilidad y mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica o si los síntomas depresivos son más que un marcador indirecto de la comorbilidad y severidad de la enfermedad. Factores biológicos específicos y de comportamiento se han propuesto como posibles mecanismos por los cuales la depresión puede llevar a eventos cardiovasculares como los mostrados en la **figura 2**.

Estos factores incluyen influencias genéticas comunes en la depresión y una cardiopatía isquémica, además del tono autonómico alterado así como la reducción de la variabilidad del ritmo cardíaco, activación de la actividad del eje hipotálamo-hipófisis que tiene como resultado aumento de la excreción de cortisol, la norepinefrina, alteraciones en la inflamación y el estado inmune. Los síntomas depresivos también se asocian con disminución en los niveles de albumina. La relación entre la depresión y la inflamación parece ser bidireccional. Ahora está bien establecido que la depresión puede dar lugar a la regulación del alza de los mediadores inflamatorios que pueden contribuir a síntomas depresivos. La relación de los niveles de serotonina vistos alterados en los pacientes deprimidos y el aumento de la agregación plaquetaria y la vasoconstricción, que puede conducir a episodios coronarios, merece una mención aparte. El tratamiento antidepresivo en pacientes con síndromes isquémicos coronarios agudos con sertralina se asoció con una reducción en la activación plaquetaria y un riesgo menor de eventos cardiovasculares. (8)

Los síntomas depresivos se asocian con la falta de adhesión al tratamiento médico en pacientes con enfermedad renal terminal, tales como la falta de adherencia a la dieta y el aumento de peso interdiálisis. También existe una asociación entre los síntomas depresivos y las tasas de peritonitis en pacientes en diálisis peritoneal. La fuerte correlación de la depresión con la falta de adhesión a tratamiento sugiere la importancia de reconocer a la depresión como un factor de riesgo para obtener malos resultados en pacientes con diálisis peritoneal e insuficiencia renal terminal. (14)

FIGURA 2 FACTORES BIOLÓGICOS POR LO QUE LA DEPRESIÓN LLEVA A EVENTOS VASCULARES (8)



DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

Basados en la alta prevalencia de la depresión y su relación con resultados pobres, tenemos que recomendar que los pacientes con enfermedad renal terminal e inicio de diálisis se realice un screening al inicio de la terapia de diálisis posteriormente dentro de los 3 a 6 meses después del inicio de la terapia de sustitución renal, y después anualmente. Los pacientes que tienen altos puntajes en los cuestionarios de depresión deben someterse a una entrevista clínica estructurada para confirmar la presencia de un trastorno depresivo mayor antes de considerar las opciones de tratamiento. (15) A pesar de la elevada prevalencia de la depresión y su relación con pobres resultados en la terapéutica, sólo a una minoría de pacientes con enfermedad renal se les realiza un diagnóstico de depresión y reciben tratamiento. (13)

6

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ANTIDEPRESIVO

A pesar de la alta prevalencia y pobres resultados solo a una minoría de pacientes con Insuficiencia renal terminal reciben un diagnóstico y menos un tratamiento para la depresión. Solo un 16% de los pacientes con detección de depresión reciben un tratamiento con antidepresivos. El infra tratamiento de la depresión y una dosis inferior de los agentes antidepresivos pueden ser causados por los nefrólogos debido a las preocupaciones acerca de los efectos adversos de los medicamentos debido a la poca investigación que se ha realizado con respecto a la seguridad del uso de medicamentos antidepresivos en pacientes con insuficiencia renal. (16)

Generalmente los medicamentos antidepresivos tiene alta afinidad a las proteínas, se metabolizan por vía hepática y no se remueven significativamente con la diálisis. Además de esto la relativa actividad y el modo de excreción de los metabolitos de estas drogas en pacientes con enfermedad renal es incierto y probablemente se complique el uso de estos agentes si ocurre algún evento adverso. Hay pocos datos científicos que supondrían claramente que el tratamiento del trastorno depresivo mayor es eficaz o que tales cambios en el tratamiento clínico y sus resultados en pacientes con insuficiencia renal no han sido claramente establecidos, y esto representa un desafío para el nefrólogo. Las principales complicaciones para la continuación de tratamiento antidepresivo en estos pacientes son los efectos adversos, abuso de sustancias y la presencia de enfermedades mentales concomitantes. (8)

MATERIAL Y METODO

7

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal en sustitución con Diálisis Peritoneal?

HIPOTESIS

La frecuencia de depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal terminal sustituidos con diálisis peritoneal es mayor que las que presentan otras patologías crónicas.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de Depresión en pacientes con Diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica en sustitución con diálisis peritoneal en el servicio de Medicina Interna del Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la presencia de Depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en sustitución con Diálisis Peritoneal, los grados de depresión en caso de presentarse y su relación con sexo, enfermedades cronicodegenerativas, edad y tiempo de uso de la diálisis peritoneal

JUSTIFICACIONES

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud mundial, y es uno de los principales motivos de atención e internamiento en los hospitales de nuestro país. La enfermedad no sólo es altamente prevalente si no que su frecuencia aumenta con rapidez; más aún, la insuficiencia renal crónica es sólo la cabeza del problema, ya que por cada paciente con esta enfermedad (filtrado glomerular menor de 15 mL/min) hay 100 pacientes en diversos estadios de enfermedad renal. El tratamiento de la insuficiencia renal consiste en sustituir la función mediante diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal), o bien la terapia de reemplazo mediante trasplante renal, en México, 91% de los pacientes en insuficiencia renal crónica terminal reciben diálisis peritoneal, mientras que en otros países la diálisis peritoneal es menos frecuente (50% en Inglaterra, 38% en Canadá y 16% en Estados Unidos).

Los pacientes en diálisis llevan una vida muy anormal. Aquéllos que están en programa de hemodiálisis peritoneal continua con cicladora o diálisis peritoneal nocturna intermitente están ligados a una máquina de un modo sin precedentes en la historia de la tecnología médica. Los pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria están ligados a un ritual diario repetitivo para realizar los recambios del líquido. Todos los pacientes en diálisis se encuentran miserablemente dependientes de un procedimiento, de un centro y un personal médico, además de estar expuestos a otros tipos de estrés. En conjunto, la respuesta psicológica de un paciente determinado a la enfermedad dependerá de su personalidad, del grado de soporte familiar y social además del curso de la enfermedad subyacente. Aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica terminal tiene un trastorno psiquiátrico. Esto probablemente subestima la magnitud de las enfermedades mentales prevalentes en toda la población. Los problemas psicológicos más importantes que encontramos en los pacientes en diálisis son la depresión, la demencia, las alteraciones relacionadas con el abuso de drogas y alcohol y los trastornos de ansiedad además de los trastornos de personalidad. La depresión es probablemente el problema psicológico más importante, porque puede llevar al suicidio o a la suspensión de la diálisis si no se reconoce o no se trata. . Los niveles de depresión se han estimado en un 2 a 4% en la población general, en 5-10% en pacientes con enfermedad crónica y en un 20 a un 30% en pacientes con enfermedad renal crónica. La depresión es un factor de riesgo independiente de re hospitalización para pacientes con insuficiencia cardíaca y pacientes con enfermedad renal terminal, y de muerte en pacientes con infarto agudo al miocardio reciente, insuficiencia cardíaca o enfermedad renal terminal.

El estudio se diseñó para determinar la presencia de depresión del paciente con insuficiencia renal terminal en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal ya que la depresión es un determinante mayor de calidad de vida en los pacientes y esto se ha relacionado con incremento en la mortalidad y hospitalizaciones de los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento dialítico, además la incidencia de depresión en pacientes con diálisis peritoneal que se ha reportado ha sido muy variable, pocos investigadores han estudiado la presencia de depresión en pacientes con diálisis peritoneal, y en México no hay estudios que hayan estudiado esta relación en pacientes con diálisis peritoneal, solo se han realizado estudios en pacientes en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

Los pacientes que tienen altos puntajes en los cuestionarios de depresión deben someterse a una entrevista clínica estructurada para confirmar la presencia de un trastorno depresivo mayor antes de considerar las opciones de tratamiento. A pesar de la elevada prevalencia de la depresión y su relación con pobres resultados en la terapéutica, sólo a una minoría de pacientes con enfermedad renal se les realiza un diagnóstico de depresión y reciben tratamiento.

METODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

- Estudio clínico observacional , retrospectivo

POBLACIÓN Y MUESTRA:

- Se aplicara el cuestionario de depresión de Beck a todos los pacientes que se encuentren en piso de hospitalización del servicio de Medicina Interna del Hospital General Fernando Quiroz, que cuenten con el diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica y se encuentren en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal mayor a 6 meses.
- Pacientes que estén de acuerdo en participar del estudio y firmen el consentimiento informado

CRITERIOS DE SELECCION

■ *Criterios de Inclusión:*

- ✓ Paciente femenino y masculino mayor de 18 años
- ✓ Todos los pacientes que cumplan con la definición de Insuficiencia Renal Crónica Terminal y que se encuentren en sustitución con diálisis peritoneal
- ✓ Estar en sustitución de la función renal con diálisis peritoneal de 6 meses en adelante
- ✓ Diagnóstico corroborado por revisión clínica y estudios de laboratorio
- ✓ Firmen el consentimiento informado

■ *Criterios de Exclusión:*

- Pacientes con Insuficiencia Renal Aguda o Crónica agudizada
- Pacientes que no firmen el consentimiento informado
- Pacientes que se encuentren en sustitución de la función renal con diálisis de menos de 6 meses
- Pacientes que no puedan contestar el cuestionario
- Pacientes que no se encuentren en sustitución renal con diálisis peritoneal
- Pacientes Graves.

El cuestionario de depresión será aplicado al paciente a su ingreso o dentro de las primeras 12 horas de su ingreso a piso de hospitalización, si el paciente se encuentra con encefalopatía metabólica (desorientado, somnoliento, en coma) se realizara en cuanto se recupere de este estado.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyeron a 50 pacientes a los cuales se les aplico el inventario de depresión de Beck, 23 del sexo masculino y 27 del sexo femenino (46 y 54% respectivamente) como lo muestra el grafico no. 1. La edad con mayor frecuencia fue de 60 a 69 años de edad con 16 pacientes lo cual representa el 32% de la población estudiada, la grafica no. 2 muestra los grupos de edad y su frecuencia siendo los siguientes rangos de 18 a 29 años con 1 paciente, de 30 a 39 años con 4 pacientes, 40 a 49 años 6 pacientes, 50 a 59 años 9 pacientes, 60 a 69 años 16 pacientes, 70 a 79 años 12 pacientes y mayor de 80, 2 pacientes (2, 8 , 12, 18, 32, 24, 4% respectivamente).

En cuanto al tiempo de uso de diálisis peritoneal se encuentra que 18 pacientes el 36% de la población estudiada tenían 1 año a 2 años de uso de diálisis peritoneal, seguido de 3 años a 4 años con 13 pacientes el 26% de la población y los que tenían 6 meses a 11 meses con los que tenían 5 años a 6 años de uso con 9 pacientes cada uno lo que representa el 18% de la población respectivamente, siendo el menor porcentaje de 7 a 8 años de uso con solo 1 paciente que representa el 2% de la población, los resultados completos se muestran en la grafica no. 3.

En las enfermedades crónico-degenerativas concomitantes evaluadas como Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial sistémica se observo que 32 pacientes lo que representa el 64% de la población padecía tanto Diabetes como Hipertensión arterial encontrándose que 6 pacientes el 12% y 10 pacientes el 20% padecían Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica aisladas respectivamente, solo 2 pacientes el 4% no padecía alguna enfermedad cronicodegenerativa, estos datos se muestran en la grafica no. 4

Lo observado en los resultados de frecuencia de depresión muestran una mayor frecuencia para el grado de depresión leve con 17 pacientes lo que representa el 34% de la población estudiada, seguido de el grado de depresión moderado con 16 pacientes que representa el 32% y el grado severo en tercer lugar con 12 pacientes que representan el 24%, finalizando el grado mínimo de 5 pacientes que representa el 10% de los pacientes como se muestra en la grafica no. 5

Los resultados de comparación de cada variable con los grados de depresión mostraron los siguientes resultados:

En el rubro de presencia por sexo se muestra una mayor presencia de depresión en el sexo femenino con 27 pacientes encontrándose con 11 pacientes en grado leve, 11 en grado moderado y 5 en grado severo en cuanto a los pacientes del sexo masculino se encuentra una mayor frecuencia de grado severo con 7 pacientes, 5 para grado mínimo, 6 para leve y 5 para moderado, como lo muestra la tabla no. 6

En el comparativo por grupo de edad se encontraron los siguientes resultados para el grupo de 18 a 29 años se encontró solo 1 paciente en grado mínimo, en 30 a 39 años se encuentra 1 paciente en grado leve, 1 paciente en grado moderado y 2 en grado severo haciendo un total de 4 pacientes, en el rubro de 40 a 49 años se encuentran 4 en grado leve, 1 en moderado y 1 en severo teniendo 6 pacientes, de 50 a 59 años se encuentra 1 en mínimo, 3 en leve, 3 en moderado y 2 en severo teniendo en total 9 pacientes, el rubro de mayor frecuencia fue el de 60 a 69 años con 16 pacientes con la siguiente distribución

2 pacientes para grado mínimo, 5 pacientes para grado leve, 5 para moderado, 4 para severo, el rango de edad de 70 a 79 nos muestra 1 paciente en mínimo, 4 para leve, 5 para moderado y 2 para severo con un total de 12 pacientes, y finalmente en los pacientes mayores de 80 años se encuentra 1 en grado moderado y 1 en grado severo con un total de 2 pacientes, estos resultados se muestran en la grafica no. 7.

Los resultados arrojados por el tiempo de uso de diálisis peritoneal nos muestran que en el tiempo de 6 meses a 11 meses se encuentran en grado mínimo 3 pacientes, en grado leve 3 pacientes, 2 en moderado y 1 en severo con un total de 9 pacientes, en el tiempo de 1 año a 2 años se encuentra 1 en mínimo, 6 en leve, 7 en moderado y 4 en severo con un total de 18 pacientes siendo este rubro el de mayor frecuencia, en el tiempo de 3 años a 4 años se encuentra 5 pacientes en leve, 4 en moderado y 4 en severo con un total de 13 pacientes, de 5 años a 6 años nos muestra 1 paciente en mínimo , 3 en leve, 3 en moderado y 2 en severo con un total de 9 pacientes y en los pacientes que tienen 7 años a 8 años de uso de diálisis solo se encontró 1 paciente con grado severo de depresión, resultados mostrados en grafica no. 8

Finalmente en enfermedades cronicodegenerativas se encuentra para Diabetes Mellitus tipo 2 aislada 1 paciente en grado leve, 4 en grado moderado y 1 en grado severo siendo un total de 6 pacientes, para Hipertensión arterial sistémica aislada se muestra 1 paciente en mínimo, 4 en leve, 1 en moderado y 4 en severo con un total de 10 pacientes, para los pacientes que tenían ambas patologías se encuentra una frecuencia de de 3 para grado mínimo, 12 para leve, 10 para moderado y 7 para severo con un total de 32 siendo este el rubro de mayor frecuencia, y en pacientes que no padecían ninguna de estas enfermedades cronicodegenerativas se encontraron 2 pacientes, 1 en grado mínimo y 1 en grado moderado respectivamente, como lo muestra la grafica no. 9

GRAFICOS

Tabla 1 Sexo de los Pacientes

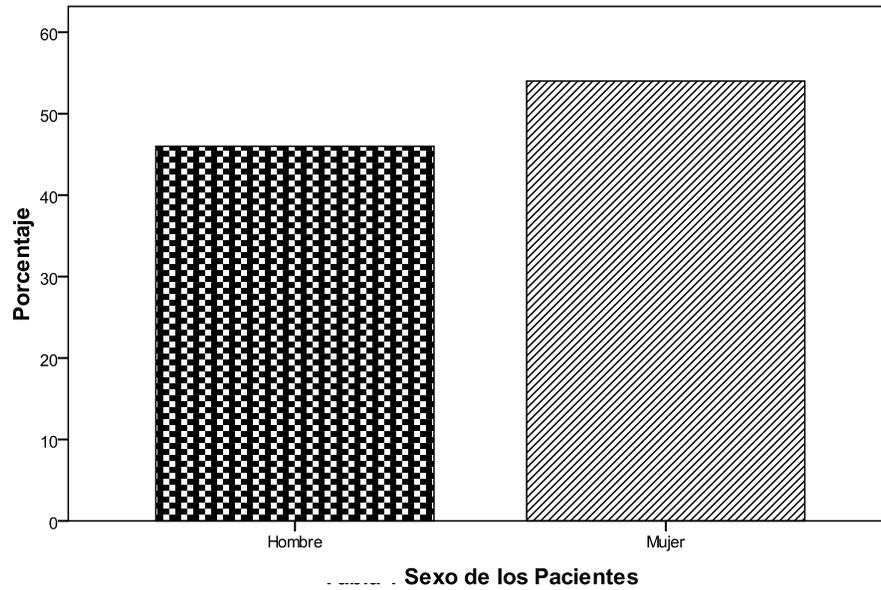


Tabla 2 Edad de los Pacientes

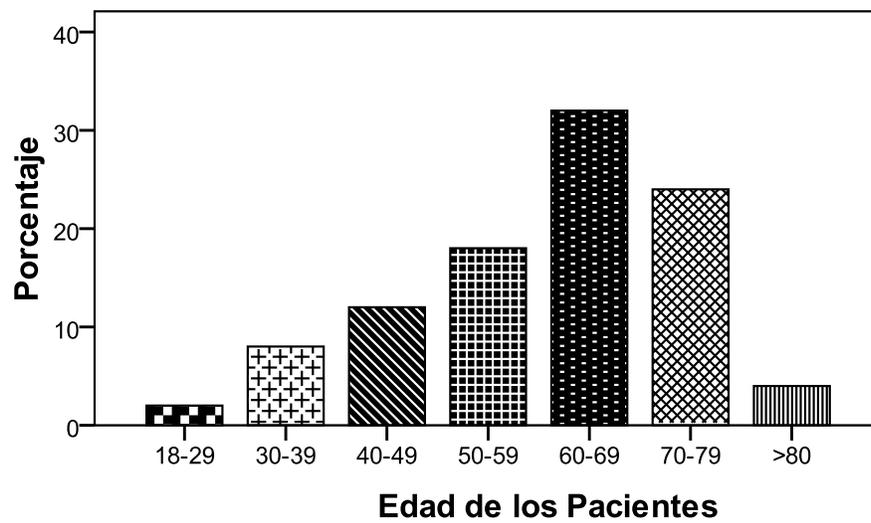


Tabla 3 Tiempo de Uso de Dialisis Peritoneal

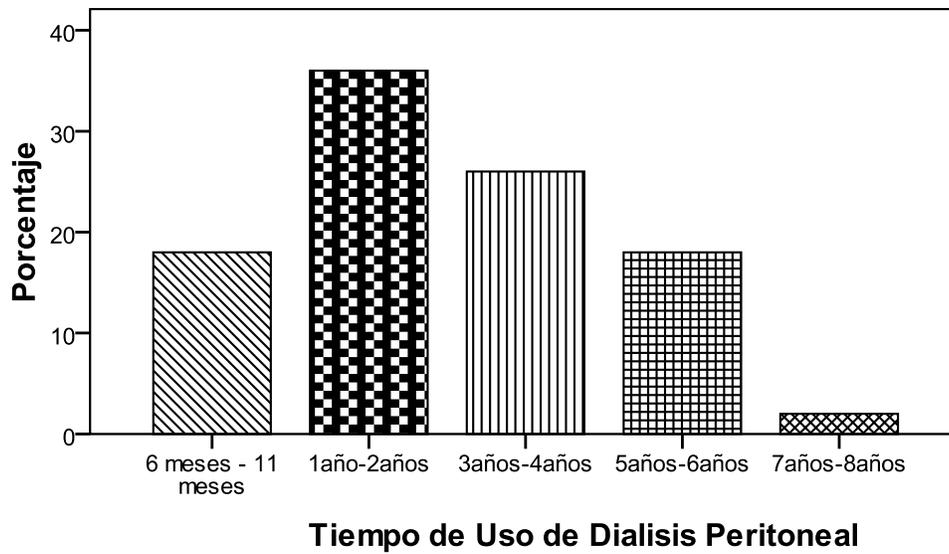


Tabla 4 Enfermedades Concomitantes

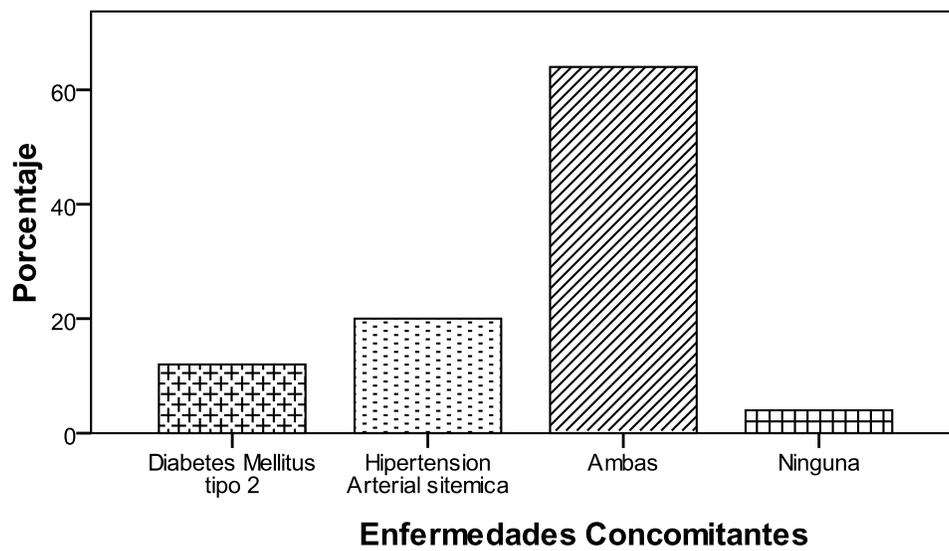


Tabla 5 Grado de Depresion

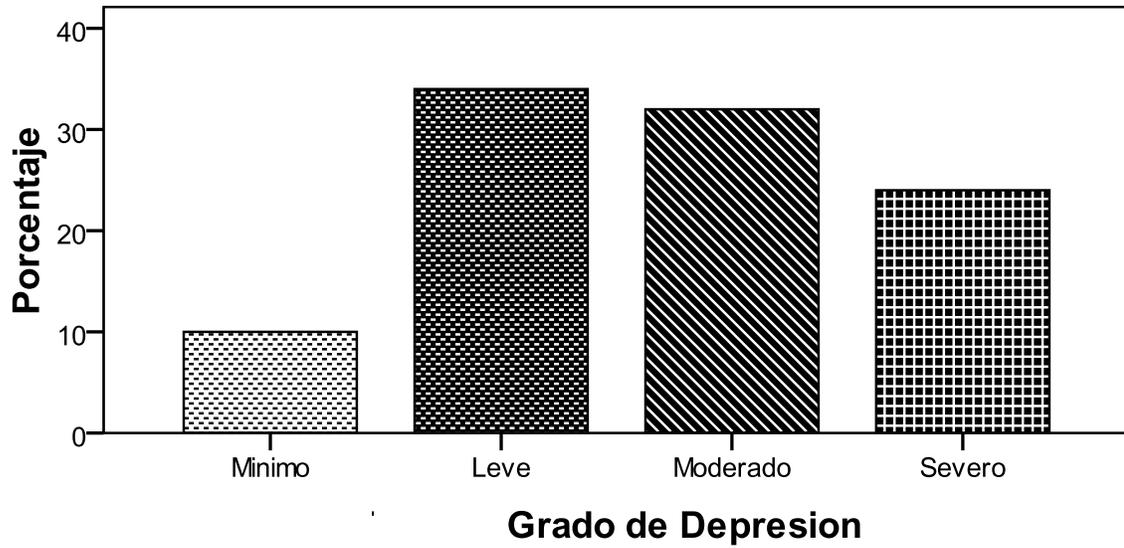


TABLA 6 GRADO DE DEPRESION DEACUERDO A SEXO

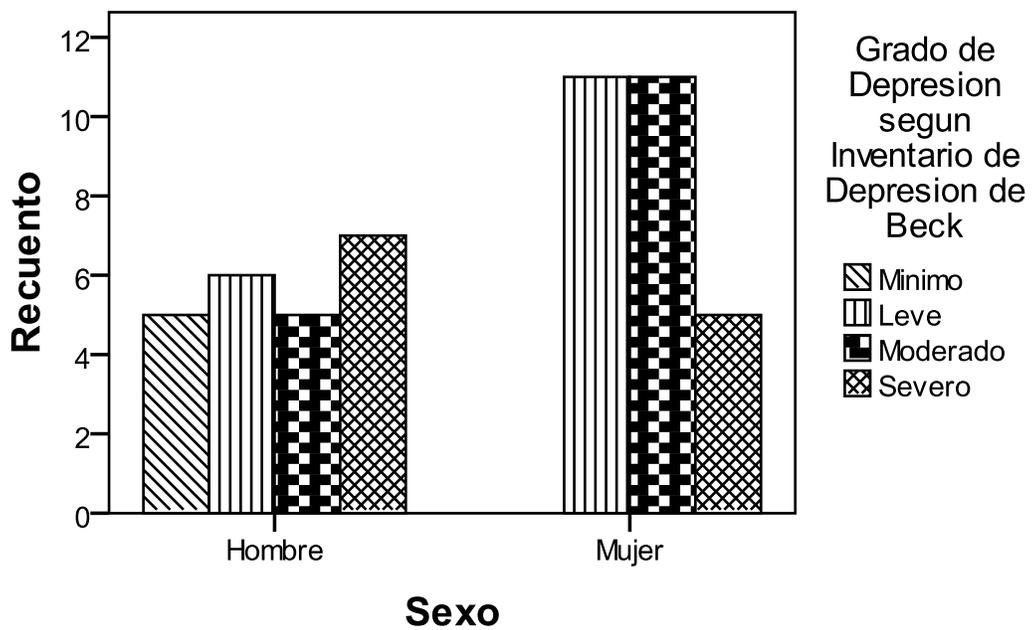


TABLA 7 GRADO DE DEPRESION DEACUERDO A GRUPO DE EDAD

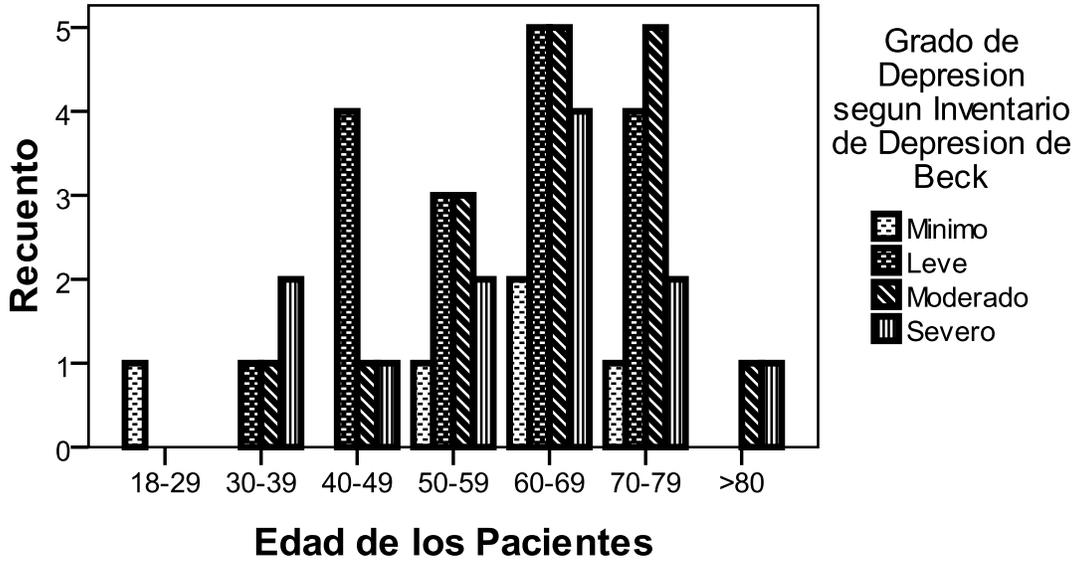


TABLA 8 GRADO DE DEPRESION DEACUERDO A TIEMPO DE USO DE DIALISIS ERITONEAL

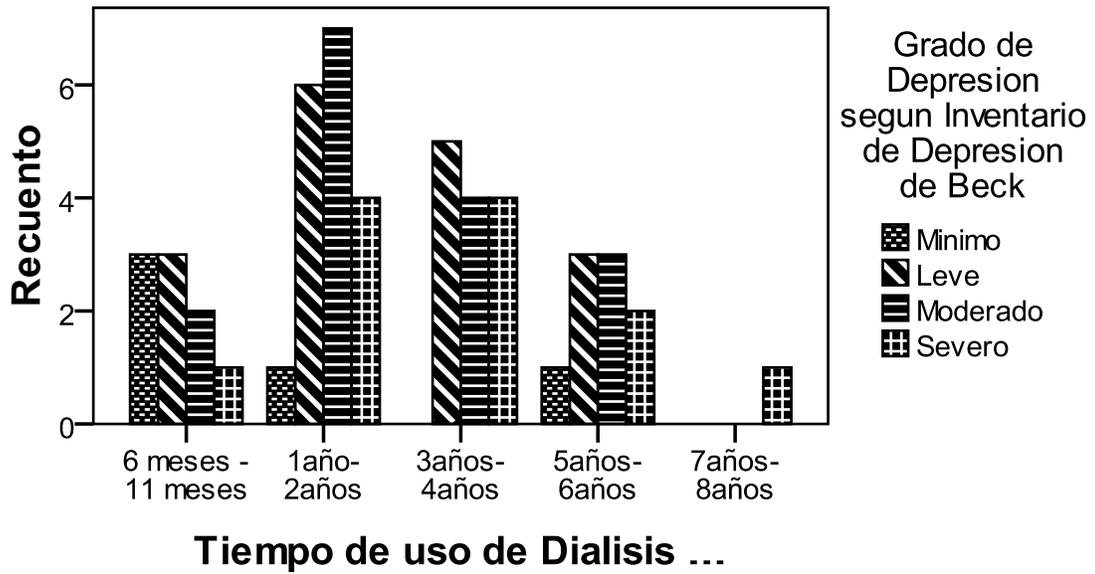
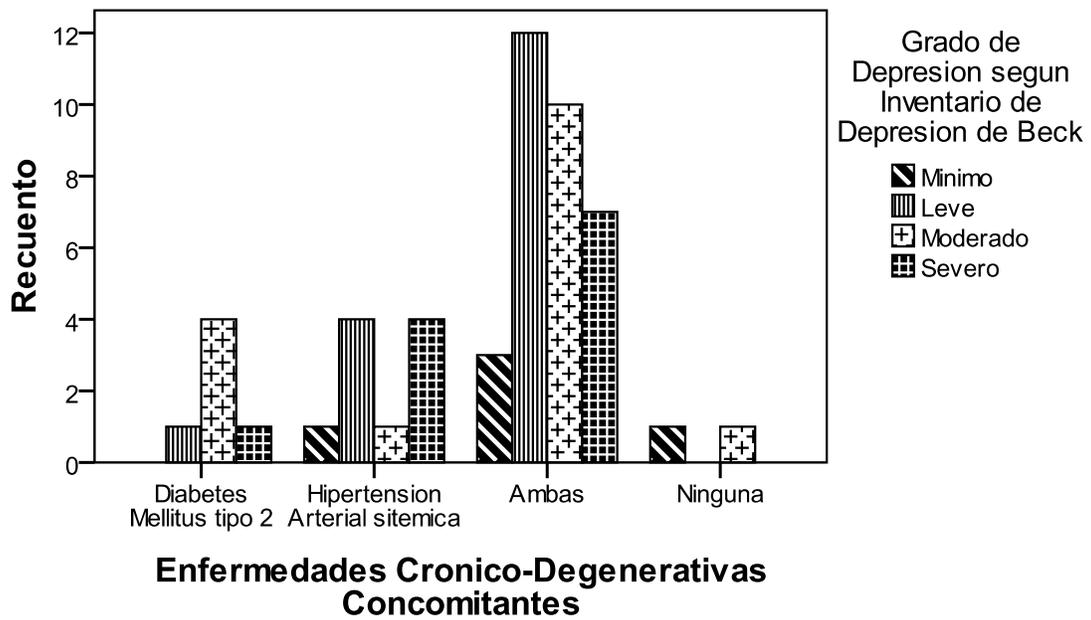


TABLA 9 GRADO DE DEPRESION CON ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS CONCOMITANTES



DISCUSION

La insuficiencia renal crónica terminal es la manifestación final de diversas enfermedades, motivo por el que su incidencia y prevalencia se han incrementado continuamente y la han convertido en un problema de salud cada vez más preocupante, sobre todo por el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen; principalmente por depender de un centro hospitalario, personal médico y de enfermería especializados, máquinas de hemodiálisis y cicladoras, cambios higiénicos-dietéticos y vida sexual, social y laboral.

En México aún no se cuenta con el Registro Nacional; sin embargo, considerando que la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2, según la Encuesta Nacional del 2000, es de 10.8% de la población mayor de 18 años y el riesgo de padecer nefropatía es entre 20 y 40% se calcula que por lo menos hay ocho millones de personas con enfermedad renal crónica; de las cuales, cerca de las 40 000 están adscritas a algún programa de diálisis. Se estiman además, alrededor de 4 000 nuevos casos al año.

Pacientes con enfermedad renal crónica presentan síntomas como pérdida de la energía, pérdida de apetito, y alteraciones en el sueño que no confirman un episodio depresivo mayor y que si entran dentro de la definición de depresión usando el DSM-IV. Estos síntomas reportados por los paciente con enfermedad renal pueden ser mal diagnosticados como síntomas de un desorden depresivo. El uso de diferentes cuestionarios en estudios diferentes ha contribuido enormemente en la variabilidad (de 15% a 60%) de la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedad renal terminal. De acuerdo a lo referido por la autora Susan Hedayati y cols. los niveles de depresión se han estimado en un 2 a 4% en la población general, en 5-10% en pacientes con enfermedad crónica y en un 20 a un 30% en pacientes con enfermedad renal crónica. Este índice de prevalencia es incluso mayor que en otras enfermedades crónicas tales como insuficiencia cardiaca congestiva en donde se estima un 14% de prevalencia de depresión y en infarto agudo al miocardio en donde se estima un 16% de depresión.

Los factores de riesgo asociados a la depresión encontrados por Susan Hedayati en su múltiples estudios son menor edad, raza blanca, sexo femenino y duración larga de mantenimiento de la sustitución dialítica, además la relación entre varias condiciones de morbilidad como son la Diabetes Mellitus tipo 2, las enfermedades cardiacas, enfermedades cerebro vasculares, hipoalbuminemia y la depresión. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio se encontró una mayor presencia de depresión en pacientes del sexo femenino con una edad promedio entre 60 y 69 años de edad las cuales padecen Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial, a diferencia de lo referido en la literatura nuestro rango de edad es para paciente mayores, lo que se puede explicar debido a que la gran población de pacientes que se encuentran en sustitución con diálisis peritoneal son pacientes con enfermedades crónicas que presentan insuficiencia renal crónica a largo plazo siendo este rango de edad el que con mayor frecuencia se ve en nuestras salas de hospitalización, al igual se observo que la mayoría de los pacientes con algún grado de depresión se encontraban con uso de diálisis peritoneal de 1 a 2 años diferente a lo referido por la National Kidney Foundation en sus diferentes revisiones en donde se refiere que el mayor tiempo de uso de diálisis se relaciona con la presencia de depresión, esto puede explicarse debido a que la mayoría de la población atendida en nuestro servicio cuenta con este tiempo de uso, ya que los pacientes con mayor tiempo de uso tienen altas comorbilidades o se encuentran en seguimiento por externo en la clínica de diálisis.

Otro dato que llama la atención es que la mayoría de los pacientes masculinos con depresión se encuentran con depresión severa, esto debido a que la depresión también se ha asociado con problemas de ruptura en las relaciones sociales e interpersonales lo que resulta en un desgaste del

apoyo familiar, en la actividad laboral, en el desenvolvimiento comunitario y en el religioso, fracturando de esta manera el rol que desempeña el paciente de sexo masculino en la sociedad. La depresión es un factor de riesgo independiente de re hospitalización para pacientes con insuficiencia cardiaca y pacientes con enfermedad renal terminal y de muerte en pacientes con infarto agudo al miocardio reciente, insuficiencia cardiaca o enfermedad renal terminal. Basados en la alta frecuencia de depresión y su relación con resultados pobres, se recomienda que los pacientes con enfermedad renal terminal e inicio de diálisis se realicen un cuestionario de depresión al inicio de la terapia de diálisis posteriormente dentro de los 3 a 6 meses después del inicio de la terapia de sustitución renal, y después anualmente. Los pacientes con altos puntajes en el cuestionario de depresión deben someterse a una entrevista clínica estructurada para confirmar la presencia de un trastorno depresivo mayor antes de considerar las opciones de tratamiento. A pesar de la elevada frecuencia de la depresión y su relación con pobres resultados en la terapéutica, sólo una minoría de pacientes con enfermedad renal se les realiza un diagnóstico de depresión y reciben tratamiento.

CONSIDERACIONES FINALES

De los 50 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se encontró que 45 pacientes a los cuales se les aplico el inventario de depresión de Beck se encontraron con algún grado de depresión.

La mayoría de estos pacientes se encontraron con un grado leve de depresión según el inventario de depresión de Beck siendo esto el 34% de los pacientes

El mayor porcentaje de pacientes deprimidos se encontraban en un rango de edad de entre 60 y 69 años de edad

El mayor porcentaje de personas detectadas con algún grado de depresión son mujeres

El 64% de los pacientes padece Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial sistémica

El tiempo de uso de Diálisis Peritoneal con mayor frecuencia fue de 1 a 2 años

De acuerdo al grupo de edad y grado de depresión, el rango de edad con mayor incidencia fue de 60 a 69 años, con una frecuencia igual para grado de depresión leve y moderado con 5 pacientes respectivamente.

En la relación de acuerdo a sexo, las mujeres tienen mayor presencia de depresión con igual presencia de depresión leve y moderada, sin embargo en el sexo masculino se encuentra una mayor presencia de depresión severa.

En cuanto al tiempo de uso de diálisis peritoneal se encontró que posterior a la colocación de catéter Tenckoff la presencia de depresión se encuentra mayormente a 1 a 2 años de colocado con una mayor proporción en el grado moderado.

Igual que en los resultados de frecuencia se encuentra que el padecer Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial sistémica presentan con mayor frecuencia algún grado de depresión sin embargo se encuentra mayor presencia de depresión leve en los que pertenecen a este grupo.

Por conclusión se encuentra que la mayor presencia de depresión se encuentra en pacientes del sexo femenino con un rango de edad entre los 60 y 69 años de edad, que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial que tienen 1 a 2 años de haber iniciado su tratamiento de sustitución renal con diálisis peritoneal siendo el grado de depresión de mayor presencia el leve.

APENDICE 1

HOSPITAL GENERAL DR. FENANDO QUIROZ
SERVICIO MEDICINA INTERNA
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PROTOCOLO DE ESTUDIO DE PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN DIALISIS PERITONEAL

Nombre del Paciente: _____
EDAD: _____ 1) 18-29 2) 30-39 3) 40-49 4) 50-59 5) 60-69 6) 70-79 7) >80
SEXO: _____ (1) Hombre (2) Mujer
Expediente: _____

Tiempo de Uso de Diálisis Peritoneal : 1) 6 meses- 11 meses _____
2) 1 año – 2 años _____
3) 3 años – 4 años _____
4) 5 años – 6 años _____
5) 7 años – 8 años _____
6) 9 años – 10 años _____
7) > 10 años _____

Enfermedades Concomitantes: 1) Diabetes Mellitus tipo 2 _____
2) Hipertensión Arterial _____
3) Ambas _____
4) Ninguna _____

GRADO DE DEPRESION: 1) Mínimo _____
2) Leve _____
3) Moderado _____
4) Severo _____

PUNTUACIONES TOTALES		RANGO
0 – 13		MINIMO
14 – 19		LEVE
20 – 28		MODERADO
29 - 63		SEVERO

APENDICE 2

HOSPITAL GENERAL DR. FENANDO QUIROZ
SERVICIO MEDICINA INTERNA

21

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE _____ SEXO: _____
OCUPACION: _____ FECHA: _____
ESTADO CIVIL: _____
EDUCACION: _____
EDAD: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo , incluyendo el ítem 16 (cambios en los Hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1.- TRISTEZA

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Estoy triste todo el tiempo
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

2.- PESIMISMO

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar

3.-FRACASO

- 0 No me siento como un fracasado
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

4.- PERDIDA DE PLACER

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

5.- SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6.- SENTIMIENTOS DE CASTIGO

- 0 No siento que estoy siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7.- DISCONFORMIDAD CON UNO MISMO

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mí mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusta a mí mismo

8.-AUTOCRITICA

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9.- PENSAMIENTOS O DESEOS SUICIDAS

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10.- LLANTO

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

11.- AGITACION

- 0 No estoy mas inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12.- PERDIDA DE INTERES

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3 Me es difícil interesarme por algo

13.- INDECISION

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14.- DESVALORIZACIÓN

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada

23

15.- PERDIDA DE ENERGIA

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

16.- CAMBIOS EN LOS HABITOS DE SUEÑO

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1 a Duermo un poco más que lo habitual
- 1 b Duermo un poco menos que lo habitual
- 2 a Duermo mucho más que lo habitual
- 2 b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3 a Duermo la mayor parte del día
- 3 b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17.- IRRITABILIDAD

- 0 No estoy irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

18.- CAMBIOS EN EL APETITO

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1 a Mi apetito es un poco menor que lo habitual
- 1 b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 2 a Mi apetito es mucho menor que antes
- 2 b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3 a No tengo en apetito en absoluto
- 3 b Quiero comer todo el tiempo

19.- DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20.- CANSANCIO O FATIGA

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21.- PERDIDA DE INTERES EN EL SEXO

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

APENDICE 3



*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores
del Estado*

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(AUTORIZACION DE PROCEDIMIENTOS MEDICO – QUIRURGICOS)

DE ACUERDO AL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE
SERVICIOS DE ATENCION MEDICA, CAPITULO IV, ARTS. 80, 81, 82, 83.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ REGISTRO: _____

¿La edad y el estado de conciencia del paciente le permite firmar este documento? SI _____ NO _____

DIAGNOSTICO (S) PRINCIPAL (ES) _____

PROCEDIMIENTO (S) ANESTESICO (S) _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN PROPORCIONA LA INFORMACION Y REALIZARA EL (LOS)
PROCEDIMIENTO (S) _____

Yo _____ de _____ años de edad en pleno uso de mis facultades, reconozco que se me explicó y entendí **SATISFACTORIAMENTE** el (los) procedimiento (s) que se me propone (n), quedando **ENTERADO (A)** de los **BENEFICIOS** para mi salud, entendiendo a la vez los **RIESGOS** propios del (los) procedimiento (s) así como de (los) medicamentos que se utilice (n), las secuelas y las complicaciones que se pueden presentar con relación a la técnica anestésica, así como de los medicamentos utilizados, considerando que el balance entre riesgo y beneficio es positivo para mi salud. En pleno conocimiento de lo anterior, y al estar de acuerdo, **DOY MI CONSENTIMIENTO EN FORMA VOLUNTARIA Y POR DECISION PROPIA PARA QUE SE REALICE EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S) EXPLICADO (S) Y LOS QUE RESULTEN COMPLEMENTARIOS A PARTIR DEL MISMO, ASI COMO EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S) DE URGENCIA QUE PUDIERAN REQUERIRSE; DE LA MISMA MANERA PUEDO DESISTIRME A LOS PROCEDIMIENTOS, HACIENDO MANIFESTA MI DECISION POR ESCRITO SIN QUE ESTO AFECTE LA CALIDAD DE ATENCION QUE PARA MI INTERVENCION QUIRURGICA - ANESTESICA SE REQUIERA.**

Por lo anterior, firmo al margen y al calce para la constancia y efectos legales a que haya lugar.

AUTORIZO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

TUTOR O FAMILIAR, PARENTESCO

IDENTIFICACION

TESTIGOS (NOMBRE COMPLETO Y FIRMA)

LUGAR, FECHA Y HORA

BIBLIOGRAFIA

- 1) Kai-Uwe Eckardt: **Definition and classification of CKD**. Am J Kidney Dis 53; 915-920, 2009
- 2) Timothy W. Meyer, Thomas H. Hostetter: **Uremia**. N Engl J Med 357; 1316-1325, 2007
- 3) Diane Wuerth, Susan H. Finkelstein et al: **Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis**. Am J Kidney Dis 37; 1011-1017, 2001
- 4) Carlos Gerardo E. Molina, José Guadalupe Prieto et al: **Calidad de vida y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis**; Med Int Mex 25; 443-449, 2009
- 5) Javier Arrieta, M. Auxiliadora Bajo et al: **Guías de Práctica clínica en Diálisis Peritoneal**; Sociedad Española de Nefrología, 2005
- 6) John T. Dougirdas, Peter G. Black: **Manual de diálisis**; Editorial Masson, 2da edición, 2003.
- 7) American Psychiatric Association: **Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorder**; American Psychiatric Association, 4 edition, 1994.
- 8) Susan Hedayati, Fredic O. Finkelstein, et al: **Epidemiology, Diagnosis, and Management of depression in patients with CKD**; Am J Kidney Dis 54; 741-752, 2009
- 9) Susan Hedayati, Wei Jiang, Christopher M et al: **The association between depression and chronic kidney disease and mortality among patients hospitalized with congestive heart failure**; Am J Kidney Dis 44; 207-215, 2004
- 10) Susan Hedayati, Bosworth H et al: **The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients**. Kidney Int 69; 1662-1668, 2006
- 11) Aaron Beck, Gregory Brown: **BD I-II Inventario de depresión de Beck manual**, Editorial Paidós, 2da edición, 2000
- 12) Lopes A, Bragg J, et al: **Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe**. Kidney Int 62; 199-207, 2002
- 13) Susan Hedayati, Abu T Minhajuddin et al: **Prevalence of Major Depressive episode in CKD**; Am J Kidney Dis 54; 424-432, 2009
- 14) Troidle L, Watnicks S, et al: **Depression and its association with peritonitis in long-term peritoneal dialysis patients**. Am J Kidney Dis 42; 350-354, 2003
- 15) Susan Hedayati, Bosworth B, et al: **The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients**. Kidney Int 69; 1662-1668, 2006
- 16) Cohen S, Norris L, et al: **Screening, diagnosis and treatment of depression in patients with end-stage renal disease**. Clin J Am Soc Nephrol 2; 1332-1342, 2007

