



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA INTERNA

**“ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA Y SUSTITUCIÓN DE LA FUNCION RENAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: CLÍNICA

PRESENTA
DR. ALBERTO ROSAS HERRERA

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTERNA

DIRECTORES DE TESIS:
DR. MARIO ANTONIO ROJAS DÍAZ
DRA. HELENA VIDAURRI DE LA CRUZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA Y SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL”**

Dr. Alberto Rosas Herrera

Dr. Arturo Robles Páramo.



Profesor Titular del Curso de Especialización
en Medicina Interna


Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

**“ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRONICA Y SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL”**

Dr. Alberto Rosas Herrera

Dr. Mario Antonio Rojas Díaz



Director de Tesis

Jefe del Servicio de Medicina Interna del
Hospital de Especialidades Belisario Domínguez

Dra. Helena Vidaurri de la Cruz



Directora de Tesis

Médica Adscrita al Servicio de Dermatología del
Hospital de Especialidades Belisario Domínguez

Dedico este trabajo a mis hijos León y Ollintonatiuh espero ser motivo de inspiración para sus vidas. Trabajo todos los días para que así sea.

Por supuesto a Gloria: la compañera de mi vida, todo mi afecto, amor y mi eterna gratitud.

Agradezco la colaboración de mis profesores para la realización de este trabajo, en especial a la Dra. Helena Vidaurri de la Cruz por sus comentarios siempre valiosos.

Índice

Resumen

Introducción 1

Material y Métodos 8

Resultados 9

Discusión 17

Conclusiones 19

Referencias bibliográficas 19

Resumen:

En los pacientes con insuficiencia renal crónica, la prevalencia de depresión no es bien conocida, sin embargo se ha asociado con aumento en la morbimortalidad

Objetivo.- Conocer la frecuencia y las características de la depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en las modalidades de diálisis peritoneal intermitente (DPI), diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y hemodiálisis (HD), atendidos en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México "Dr. Belisario Domínguez" de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Material y métodos.- Se aplicó durante diciembre de 2009 el cuestionario (PHQ-9) que abarca los 9 aspectos del DSM-IV, con una alta sensibilidad y especificidad (92% y 92% respectivamente), para el diagnóstico de depresión a los pacientes con IRC y tratamiento sustitutivo de la función renal.

Resultados.- De los 120 pacientes encuestados 72% (n= 86) se encontraron en DP (DPI n= 48 y DPCA n= 38) y 28% en HD (n= 34). En el grupo de HD de acuerdo a la etiología de la IRC se encontró 44% (n= 15) de causas crónicas (DM2 y HAS) y 56% (n=19) de otras etiologías, en el grupo de DP los pacientes con enfermedades crónicas fueron 66% (n= 57) y de otras 34% (n=29). De la población total encontramos 8% de pacientes sin depresión (n= 10) y 92% con depresión (55% en depresión leve (n=65) y 37% con estado depresivo mayor(n=45)).

La distribución por género de los pacientes fue homogénea en todos los grupos. La depresión de acuerdo al tipo de terapia sustitutiva se distribuyó de la siguiente manera: HD: 3% sin depresión, 70% con depresión leve y 26.4% en depresión mayor. El grupo de DP: 10.5% sin depresión, 47.6% en depresión leve y 42% con depresión mayor. La frecuencia de depresión en el total de pacientes con IRC atendidos en este Hospital es de 92% contra 2.5% en hombres y 5.8% de mujeres de la población general.

La depresión de acuerdo a la etiología de la IRC: En el grupo de HD(28%, n= 34) 44% presentaron enfermedad crónica (DM2 y HAS) y 56% correspondieron a otras etiologías. De acuerdo al grado de depresión, los pacientes con enfermedad crónica: 7% sin depresión, 60% depresión leve y 33% en depresión mayor y en otras etiologías de IRC 79% en depresión leve y 21% con depresión mayor.

En el grupo de DP (72%, n=86) 66% de los pacientes presentaron enfermedades crónicas (DM2 y HAS) y de otra etiología 34%. De acuerdo al grado de depresión: En el grupo de enfermedad crónica 16% se encontraron sin depresión, 35% con depresión leve y 49% con depresión mayor. En el grupo de

otras causas se encontró que 72% tuvieron depresión leve y 28% depresión grave.

A mayor edad incrementa el riesgo de depresión y de gravedad de la misma.

Conclusiones.- El estado depresivo es una enfermedad altamente frecuente en los pacientes con IRC. El tipo de terapia de sustitución de la función renal y el género no influyeron en el grado de depresión. La edad y el antecedente de enfermedad crónica son factores de riesgo para depresión. El grado de depresión se relaciona con el incremento en la edad. Los pacientes con enfermedad crónica presentan mas depresión y más grave que los de otras etiologías.

Palabras claves.- Insuficiencia renal, depresión.

Introducción.

La depresión se define como la presencia de síntomas afectivos o emocionales: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. En mayor o menor grado siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.¹

El bajo porcentaje diagnóstico es un reto para la planeación y oferta de servicios de salud mental por lo que es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies de tristeza o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondriacas, alteración en el ritmo de sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.^{2,3.}

El informe mundial sobre salud del 2001 refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% en hombres y 3.2% en mujeres.³ Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiere tratamiento médico en algún momento de su vida.²

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, son indicadores de muerte prematura y días vividos de discapacidad.² El porcentaje de mujeres que refieren sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2 - 6.5), la cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2 - 3.0).²

El objetivo del tratamiento del síndrome depresivo es mejorar el estado afectivo, el funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.¹

Las enfermedades crónico-degenerativas como los trastornos cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica son la principal causa de muerte en el mundo, y se asocian fuertemente a síndrome depresivo. Estudios de los factores psicosociales en México y otros países, han reportado que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, es grave porque aumenta al doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.^{5,6} Una de las principales tareas de los profesionales de la salud mental es fomentar el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia.⁴

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en 2002, se atribuyeron 29 millones defunciones a las enfermedades crónico-degenerativas, lo que permite proyectar al 2015, que su prevención podría salvar la vida de 36 millones de personas. Prevenir las enfermedades crónicas ayudaría, además de salvar vidas y aliviar el sufrimiento, a reducir las muertes prematuras con sus consecuentes efectos sobre las familias, las comunidades y la sociedad en general; ya que su tratamiento representa costos adicionales no sólo de la familia, sino también para la asignación de programas y políticas dirigidas a la salud pública de toda la comunidad. A lo anterior se suman los problemas laborales como la baja tasa de reincorporación de los pacientes al trabajo debido al carácter de las restricciones físicas que presentan, lo que afecta al individuo a nivel psicológico, social y económico.⁵

Los pacientes con enfermedad crónica experimentan diferentes problemas asociados, entre ellos: los de carácter físico que son consecuencia directa de la

enfermedad como el dolor, los cambios metabólicos, las dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos; las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos, como náusea, vómito, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual.⁶

La insuficiencia renal crónica (IRC) presenta características que la hacen sumamente adversa: estos pacientes están sujetos a múltiples estresores fisiológicos y psicológicos. Los pacientes con IRC deben enfrentarse a interrupciones potenciales en el estilo de vida y cambios psicosociales, efectos sobre el concepto y confianza en si mismos, así como a cambios en el rol dentro de la familia.

En la dimensión psicológica algunos de los problemas más comunes que afectan la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con IRC son la depresión, la ansiedad y la incertidumbre acerca del futuro, lo que se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes.⁵

Otras reacciones frecuentes en los pacientes con IRC en tratamiento son la hostilidad, la ira dirigida hacia el personal asistencial y al régimen terapéutico. En este sentido el tratamiento de hemodiálisis y la enfermedad misma pueden convertirse para el paciente y su familia, en una experiencia altamente estresante no sólo por las características inherentes al tratamiento mismo, sino también por la limitaciones que representa, lo cual constituye un evento que ocasiona un importante desajuste adaptativo en las diferentes áreas en las que se desenvuelve el individuo .⁶

A pesar de lo anterior, en la mayor parte de los casos, tanto la comunidad como diversos niveles del sistema de salud pasan por alto el diagnóstico de depresión, situación que provoca serias consecuencias tanto de orden social

como del área de salud pública. En los pacientes con IRC la prevalencia de depresión no es bien conocida, puede variar de acuerdo al instrumento de medición. Es de suma importancia contar con instrumentos adecuados para detectar la sintomatología depresiva. La depresión es la enfermedad psiquiátrica más común en pacientes con IRC, la prevalencia puede variar dependiendo de la población estudiada, el tipo de herramienta utilizada y las diferencias socioculturales. Las características somáticas de la depresión son similares a las de la uremia: anorexia, alteraciones del sueño, fatiga, alteraciones gastrointestinales y dolor, por lo que la similitud entre ambas determina un problema en el diagnóstico diferencial y en la mortalidad.⁷

La depresión por si misma modifica la morbimortalidad de los pacientes con IRC mediante varios mecanismos, por ejemplo: incumplimiento de las indicaciones médicas y de la prescripción de diálisis de forma intencionada; desnutrición, con la consiguiente disminución en los niveles de albúmina y alteración del sistema inmune con incremento en los niveles de citocinas pro-inflamatorias.⁸ Kitmmel y cols. evaluaron la asociación entre depresión y mortalidad en los pacientes con hemodiálisis crónica en una cohorte de 295 pacientes. Se aplicó el cuestionario de depresión de Beck (BDI) con seguimiento por espacio 3 años Los pacientes con IRC y BDI > 10 puntos tuvieron un incremento significativo en la mortalidad comparado con puntuaciones menores.^{9, 10} Beulaware y cols. usaron una cohorte de 1041 pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria. Los pacientes con síntomas depresivos fueron evaluados al inicio del tratamiento dialítico, a los 6, 12 y 18 meses. El puntaje >10 del índice de salud mental (Five ítem Mental Health Index) se relacionó con incremento de todas las causas de mortalidad en el seguimiento de los pacientes a un año.¹¹

Se ha observado también un incremento en la tasa de suicidios en pacientes con IRC. Los factores de riesgo en estos pacientes incluyen hospitalización reciente, enfermedades psiquiátricas concomitantes, género masculino, blancos

o asiáticos, edad >75 años y abuso de sustancias. El riesgo de suicidio aumenta durante los 3 primeros meses del inicio de la diálisis.^{8, 12.}

En un estudio realizado en Estados Unidos de América, Manjula Kurella y cols. buscaron la tasa de suicidios en individuos con IRC y diálisis peritoneal, se reclutaron pacientes con edad mayor a 15 años, de abril de 1995 a noviembre del 2000. El índice de suicidios fue del 24.2% por 100,000 pacientes- años contra el índice estandarizado global: 1.84% (IC 95% 1.25-2.27). Concluyendo que los pacientes con IRC tienen un índice de suicidio 13 veces mayor que el de la población general.¹²

Es de suma importancia contar con instrumentos adecuados para detectar la sintomatología depresiva. Se han utilizado numerosos instrumentos para buscar síntomas depresivos. El Nine-Question Patient Health (PHQ-9) consiste en 9 preguntas que miden la gravedad de la depresión, cada pregunta tiene una escala de 0 a 3 puntos. La escala máxima posible es de 27. Esta escala se diseñó en 1999 para el diagnóstico de depresión, trastornos de ansiedad, abuso y dependencia de alcohol así como trastornos de la alimentación,¹³ toma en cuenta cada uno de los 9 criterios del DSM-IV, está validada, es fácil de comprender, y se puede autoadministrar o aplicar por otra persona, además de tener alta sensibilidad y especificidad.¹³ El cuestionario califica 2 escalas: 1.El índice de depresión y 2. El grado de dificultad para las actividades diarias.

En el 2001 Kurt Kroenke y cols. utilizaron el PHQ-9 para evaluar la gravedad de la depresión. Se evaluaron 6000 pacientes en ocho consultorios de atención primaria y siete gineco-obstétricos, tomando como punto de corte la puntuación > 10. La sensibilidad fue de 88% y especificidad de 88% para depresión mayor. En caso de estar deprimidos los puntajes de 5, 10, 15 y 20 representaron una depresión leve, moderada, moderada a grave y grave respectivamente. Corresponden a depresión mayor las categorías moderada, moderada-grave y

grave. Un puntaje ≥ 10 tiene 92% de sensibilidad y 92 % especificidad, 71% valor predictivo positivo (VPP) y 98% valor predictivo negativo (VPN) para el diagnóstico de depresión según Watnick y colaboradores.¹⁵ A mayor puntaje en la escala PHQ-9, empeoró el estado funcional de todos los dominios evaluados por el SF-20 (físico, social, mental, dolor, etc.).^{13,18}

Alejandra Pinto y cols. en un estudio realizado en Barcelona, Cataluña, España en 2005, encontraron correlación en los resultados para diagnóstico de depresión entre la encuesta autoaplicada y la aplicada por un tercero, lo que permite aplicarla en personas con limitaciones físicas y en analfabetas.^{16,17} Se realizó un estudio para validar la escala en español en Barcelona, Cataluña, España. Participaron en el estudio 1003 pacientes, aleatorizados al momento del ingreso al hospital. A todos se les aplicó el PHQ-9 y el cuestionario BDI. Se midió el estado funcional, días perdidos por enfermedad, así como prolongación de la estancia hospitalaria. Un total de 416 pacientes (42%) se diagnosticaron con depresión con la escala PHQ-9, con una precisión global de 88%, sensibilidad del 87%, especificidad de 88%, siendo similar a la versión original en inglés. Los pacientes diagnosticados con PHQ-9 tenían más daño funcional, pérdida de días activos que los pacientes no diagnosticados por este método. El índice de gravedad de depresión calculado por PHQ-9 correlacionó significativamente con el número de síntomas depresivos detectados con la intervención del BDI.^{14, 13}

El Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” atiende a una población de 1,820,888 habitantes, que son derechohabientes del Seguro Popular y del Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del área suroriente del Distrito Federal, es el Hospital de referencia de la red de hospitales de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Los principales motivos de atención en el 2009 fueron:

1. Causas obstétricas directas (20%).

2. Enfermedades del corazón (14.7%).
3. Enfermedades hipertensivas (12%)
4. Diabetes Mellitus (13%).

Los pacientes con IRC representaron el 1.8% del las atenciones médicas. El tratamiento sustitutivo de la función renal fue: Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y Hemodiálisis (HD).

Se desconoce la frecuencia de depresión en los pacientes con IRC y terapia sustitutiva de la función renal atendidos en este Hospital.

Justificación.

La atención de la insuficiencia renal crónica implica cambios en la vida diaria de los pacientes e incluye riesgo de complicaciones propias de la enfermedad subyacente, de la IRC y otras derivadas del tratamiento. La modificación en la vida diaria de los pacientes derivada de la atención a la IRC ocasiona un mayor riesgo de depresión. La depresión es más frecuente y más grave en los pacientes con enfermedad crónica que en la población general. La depresión se asocia a falta de adherencia terapéutica en los pacientes con IRC. La atención de las complicaciones de la IRC genera incrementos en los costos de salud que son potencialmente prevenibles. Conocer la incidencia de depresión en esta población permitirá establecer estrategias terapéuticas mediante las cuales se aumente la adherencia terapéutica, se disminuya la morbimortalidad, se mejore la calidad de vida y se disminuyan los costos de atención.

Objetivos.

1. Describir la prevalencia de depresión en pacientes con IRC del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez” de la SSGDF.
2. Relacionar la prevalencia de depresión con el tipo de terapia sustitutiva de la función renal.

3. Relacionar la gravedad de depresión con el tipo de terapia sustitutiva de la función renal.

Hipótesis.

1. La prevalencia de depresión es distinta en la población con IRC y tratamiento sustitutivo de la función renal respecto de la población general.

2. La prevalencia de depresión es mayor en pacientes con IRC en DPI respecto de los pacientes con IRC en DPI respecto de los pacientes con IRC en DPCA y respecto de los pacientes en HD.

3. La gravedad de depresión en los pacientes en DPI es mayor que la de los pacientes en DPCA y la de los pacientes en HD.

Material y Método.

Se realizó un estudio observacional, comparativo, prospectivo y transversal; en el Hospital de Especialidades de la Ciudad de México “Dr. Belisario Domínguez”, durante el mes de Diciembre del 2009, a todos los pacientes con IRC con manejo de la sustitución de la función renal en las diferentes modalidades existentes en el hospital (diálisis peritoneal intermitente, hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria), que quisieran participar en el estudio. Bajo consentimiento informado se les aplicó la escala PHQ-9. A los pacientes con capacidad de leer se aplicó la escala directamente y a los pacientes que tenían alguna discapacidad o no sabían leer se les aplicó de

forma indirecta. Con respecto al punto de vista bioético es una investigación sin riesgo.

Las causas de IRC se clasificaron en enfermedad crónica degenerativa (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica o ambas) y en otras

(hipoplasia renal, asociada a enfermedad hipertensiva del embarazo, nefrolitiasis y de etiología desconocida).

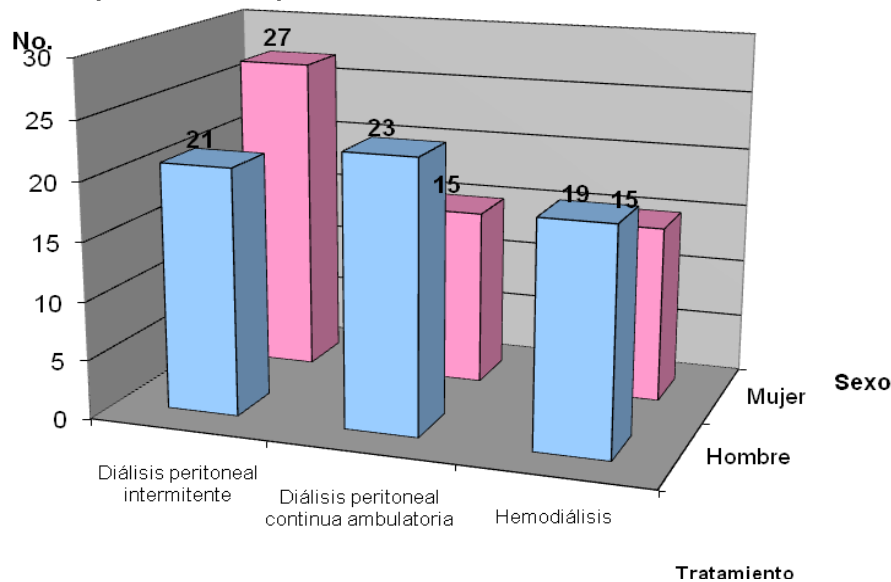
Resultados.

Durante 2009 se atendieron 140 pacientes en IRC en terapia sustitutiva, 8 pacientes fallecieron antes de iniciar el estudio.

En Diciembre de 2009 se aplicó el PHQ-9. De un total de 132 pacientes, se aplicó la escala a 120 pacientes, 2 se negaron a participar, 10 pacientes se atendieron de manera temporal y no pertenecen a la población manejada por este hospital. El 52% eran hombres (63 pacientes). La media de edad fue de 42.9 años, con un rango de 18 a 74 años, con una distribución bimodal: 30 y 61 años, con 6 pacientes en cada una.

En la fig. 1 se describe el comportamiento de la insuficiencia renal crónica por tipo de terapia de sustitución y sexo, en donde sobresale la DPI en mujeres con un 22.5% (27 pacientes).

Fig. 1 Comparación del tipo de tratamiento de sustitución renal por sexo en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica



En la tabla I se describe la causa de la insuficiencia renal crónica por tipo de tratamiento de sustitución renal, donde destaca que la mayoría de los pacientes presentan la combinación de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

Tabla I Causa de la insuficiencia renal crónica por tipo de tratamiento de sustitución renal.

Causa	Diálisis peritoneal intermitente		Diálisis peritoneal continua ambulatoria		Hemodiálisis	
	N	%	No.	%	No.	%
	o.				.	
Enfermedades crónicas degenerativas*	3	27.5	24	20	15	12.5
Otras**	1	12.5	14	11.6	19	15.8
Total	4	40	38	31	34	27.3
	5					
	8					

* DM2-HAS solas o asociadas.

** Etiología desconocida, asociadas a enfermedad hipertensiva del embarazo, hipoplasia renal, nefrolitiasis.

Fuente.-Cuestionario aplicado en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez- Diciembre 2009.

En la tabla II se menciona la distribución de acuerdo a la modalidad de terapia sustitutiva, la gravedad de depresión y el sexo; se acentúa la depresión media en hombres con tratamiento de diálisis peritoneal continua ambulatoria con 11 casos.

Tabla II Distribución de acuerdo a la modalidad de terapia sustitutiva, la gravedad de la depresión y el sexo.

Depresión	Diálisis peritoneal intermitente N= 48			Diálisis peritoneal continua ambulatoria N= 38			Hemodiálisis N= 34		
	Hombre	Mujer	%	Hombre	Mujer	%	Hombre	Mujer	%
Sin	3	3	12.5	0	1	2.6	3	0	8.8
Mínima	0	0	0	9	7	42.1	6	7	38.2
Media	7	8	31.2	11	1	31.6	4	5	26.5
Moderada	5	7	25	4	1	16.8	5	2	20.6
Moderada-severa	3	5	16.6	1	2	7.9	1	1	5.9
Severa	3	4	14.6	1	0	2.6	0	0	0
Total	21	27	100	26	12	100	19	15	100

Fuente.- Hospital de Especialidades de la Cd. De México Belisario Domínguez – Diciembre 2009.

De acuerdo a la edad y el grado de depresión, encontramos los siguientes resultados: A mayor edad mayor gravedad de depresión.

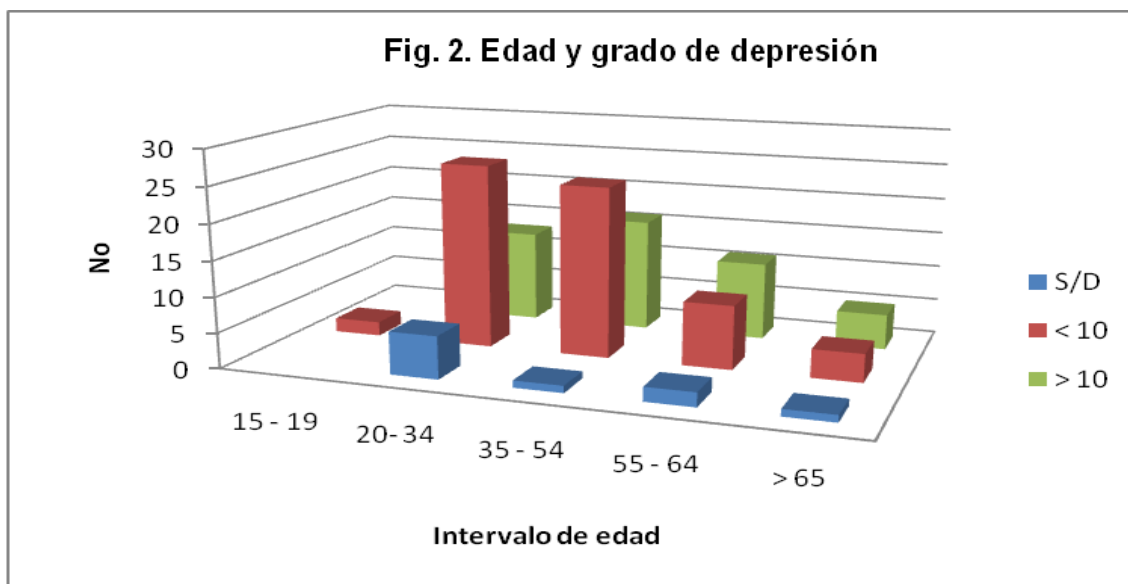
Tabla III. Muestra la relación entre edad y grado de depresión

Edad	Sin depresión		< 10 puntos		> 10 puntos		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
15 - 19	0	0	2	1.6	0	0	2
20- 34	6	5	26	21.6	13	11	45
35 - 54	1	0.83	24	20	16	13	41
55 - 64	2	1.6	9	7.5	11	9.1	22
> 65	1	0.83	4	3.33	5	4.1	10

N= 120 pacientes.

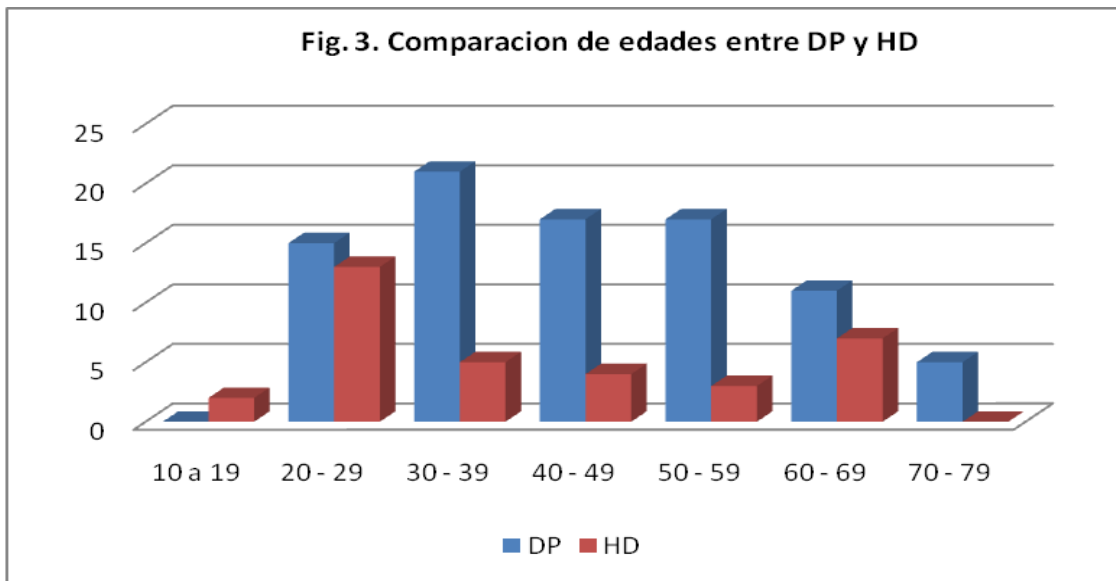
Fuente: HECMDD

La figura 2 muestra la relación entre edad y la gravedad de depresión.



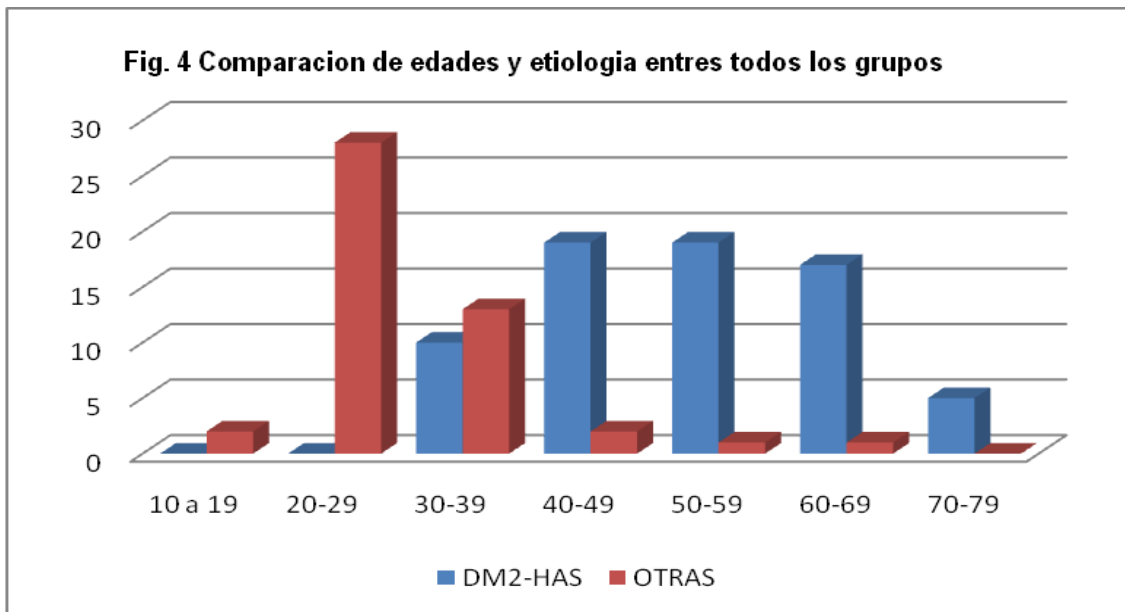
Fuente: HECMDD

Se comparó la edad con el tipo de terapia sustitutiva y se observó que en el grupo de pacientes en Hemodiálisis predominan pacientes jóvenes en su mayoría (rango de 19 a 69 años, media de 36.4 y moda 25 con 4 pacientes) y ocurre lo contrario en los pacientes bajo diálisis peritoneal (rango de 20 a 74 años, media de 44.1), sin poder definir moda (Ver figura 3).



Fuente: HECMBD.

También se comparó la relación entre edad y etiología de la IRC: El rango de edad de los pacientes con DM2 y HAS fue de 30 a 74 años con media de 52.1, mediana 52.5 y moda 61 con 6 pacientes y en otras el rango fue de 18 a 62 años con media de 28.5, mediana 26.5 y moda de 22 con 5 pacientes (Fig. 4).



Fuente: HECMBD.

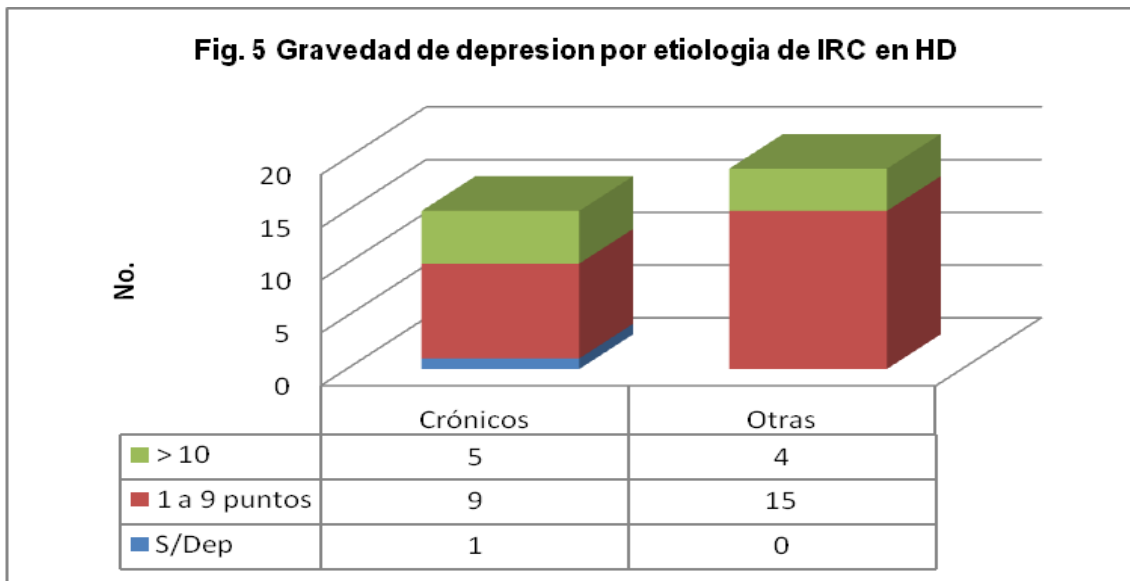
Se comparó la etiología de la insuficiencia renal y la gravedad de depresión en pacientes con DP (DPI y DPCA) contra el grupo de Hemodiálisis. La etiología se dividió en crónicas (DM2 e Hipertensión arterial sistémica) y otras causas (etiología desconocida, hipoplasia renal, asociada a enfermedad hipertensiva del embarazo). Se tomó como punto de corte para depresión mayor, 10 puntos (Depresión moderada, moderada a severa y severa).

Tabla IV. Compara la etiología de IRC con grado de depresión en 2 grupos HD y DP.

Modalidad	Etiología	Sin depresión Cero puntos	% población total	1 a 9 puntos	%población total	> 10 puntos	%población total
Hemodiálisis N= 34 (28%)	Crónico N= 15(44%)	1	0.83	9	7.5	5	4.2
	Otras N= 19 (56%)	0	0	15	12.5	2	1.6
DP N=86 (72%)	Crónico N=57 (66%)	9	7.5	20	16.6	28	23.3
	Otras N=29 (34%)	0	0	21	17.5	8	6.6

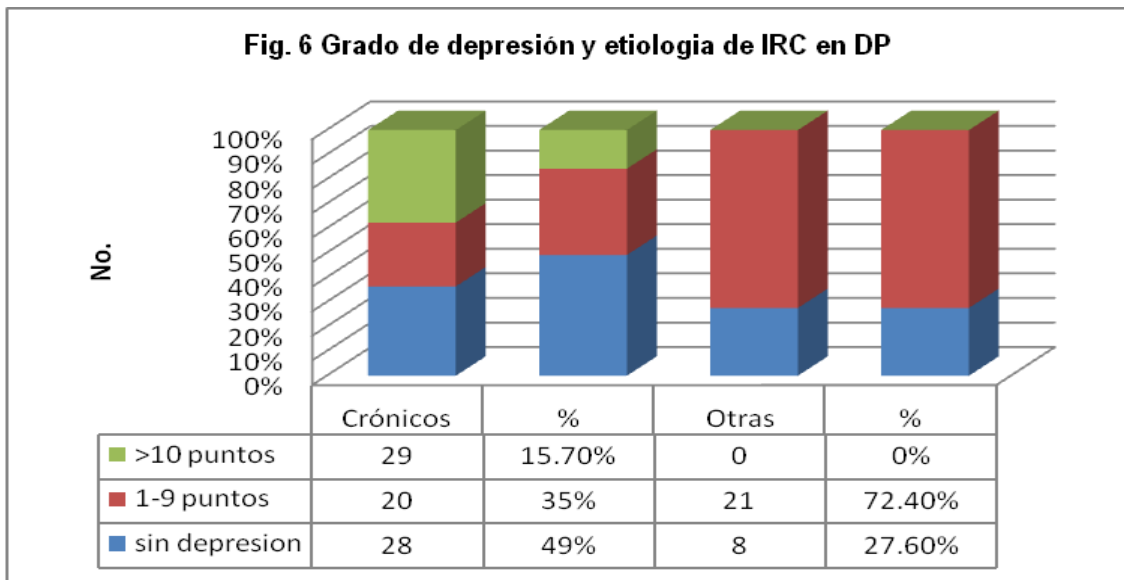
Pob. Total= 120 pacientes

De acuerdo a la gravedad de depresión y etiología en pacientes con HD, se observa que los pacientes con otras etiologías presentan menores grados de depresión (Fig. 5).



Fuente: HECMBD.

Los pacientes con enfermedad crónica en DP, presentan mayores grados de depresión contra los pacientes de otras etiologías (fig. 6)



El cuestionario evalúa también el grado de dificultad para las actividades diarias, de acuerdo al tipo de terapia sustitutiva. La población analizada en este parámetro fue de 110 pacientes debido a que 10 pacientes no tenían puntos en

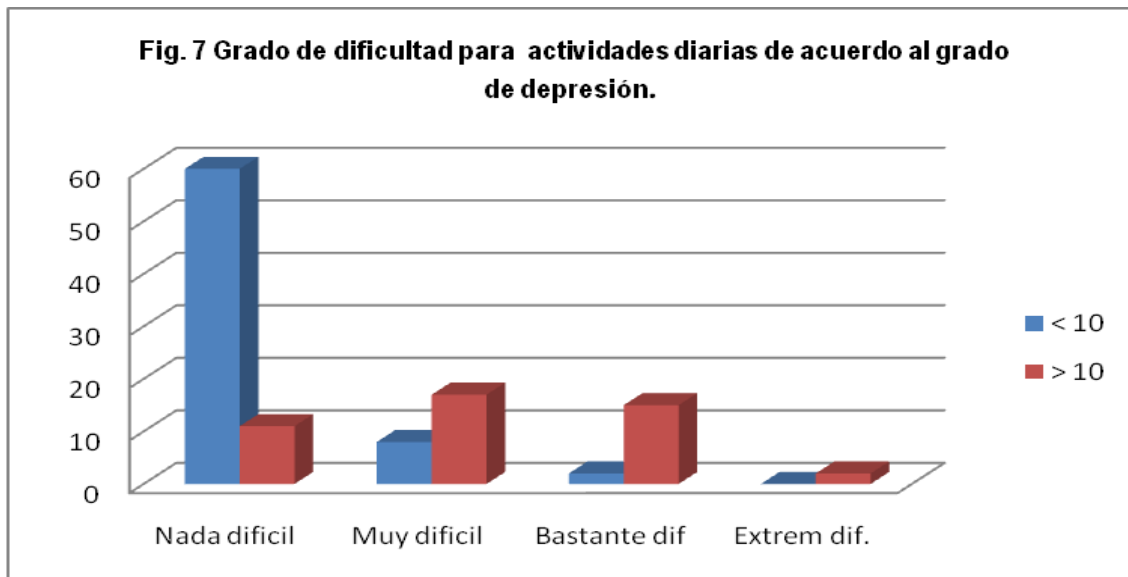
el cuestionario. Se observa mayor dificultad para las actividades diarias en los pacientes en DPI.

Tabla VI. Relación entre el tipo de sustitución y la percepción del grado de dificultad para la vida.

Tipo de terapia sustitutiva	Nada difícil		Bastante difícil		Muy difícil		Extremadamente difícil		Total
	N=66 60%	%	N= 25 22.70%	%	N=17 15.40%	%	N=2 1.80%	%	
DPI	22	46.8	12	25.5	12	25.5	1	2.12	47
DPCA	23	69.6	8	24.2	1	3	1	3	33
HD	21	70	5	16	4	13	0	0	30

Total de pacientes: 110 Diálisis Peritoneal Intermitente (DPI), Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), Hemodiálisis (HD)

El grado de dificultad para las actividades diarias de acuerdo al grado de gravedad de la depresión, nos muestra que a mayor gravedad de depresión, más grado de dificultad para las actividades diarias (fig. 7)



Discusión

De los 120 pacientes encuestados 72% (n= 86) se encontraron en DP (DPI n= 48 y DPCA n= 38) y en HD 28% (n= 34). En el grupo de HD, de acuerdo a la etiología de la IRC fue 44%: (n= 15) en enfermedad crónica y 56% (n=19) de otra etiología. En el grupo de DP: 66% (n= 57) de los pacientes tuvieron enfermedad crónica y 34% (n=29) otras etiologías.

De la población total encontramos 8% de pacientes sin depresión (n= 10) y 92% con depresión (55% en depresión leve (n=65) y 37% con estado depresivo mayor (n=45)). Este resultado nos muestra que el estado depresivo se presenta con mayor frecuencia en pacientes con IRC que en la población general (92% de depresión en pacientes con IRC contra 2.5% y 5.8% de hombres y mujeres respectivamente de la población general). En nuestro estudio no se evidenciaron diferencias significativas en relación con al sexo..

La depresión de acuerdo al tipo de terapia sustitutiva se distribuyó de la siguiente manera: Hemodiálisis: 3% sin depresión, 70% con depresión leve y 26.4% en depresión mayor.

El grupo de Diálisis Peritoneal (DPI y DPCA): 10.5% sin depresión, 47.6% en depresión leve y 42% con depresión mayor. Los pacientes en HD presentan más frecuentemente depresión leve y los pacientes en DP presentan más frecuentemente depresión mayor. Esto sugiere que el tipo de terapia sustitutiva de la función renal constituye un factor de riesgo para la depresión y su gravedad en esta población.

La etiología de la IRC juega un papel determinante en la depresión y su gravedad. En los pacientes con enfermedad crónica la depresión se distribuyó: 7% sin depresión(n=1), 60% depresión leve(n=24) y 33% en depresión mayor (n=5); en los pacientes con otras etiologías 79% (n=15) tuvieron depresión leve

y 21%(n=4) se encontraron con depresión mayor. Los pacientes con enfermedad crónica presentan depresión más grave que los pacientes con enfermedad de otras etiologías. En los pacientes en DP encontramos 66% con enfermedad crónica y 34% con afección sólo renal. En los pacientes con enfermedad crónica: 16% sin depresión, 35% en depresión leve y 49% depresión mayor, los de otras etiología: 72% en depresión leve y 28% con depresión mayor. La enfermedad crónica degenerativa previa tiene la mayor influencia en el grado de depresión. Los pacientes con enfermedades crónicas preexistentes presentaron mayor prevalencia de depresión y de gravedad, en comparación con otras etiologías de la IRC.

Tal parece que la condición de vulnerabilidad de una enfermedad preexistente, así como las complicaciones relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas(DM2-HAS) como amaurosis bilateral, amputación supracondílea, entre otras, influye en el desarrollo de depresión y quizá en la falta de adherencia al tratamiento de la enfermedad previa a la condición de insuficiencia renal. Los pacientes con enfermedad crónica no tienen adherencia al tratamiento debido a su condición en el estado de ánimo, la falta de apego ocasiona complicaciones de la enfermedad crónica, entre ellas la insuficiencia renal, que finalmente desemboca en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Las actividades diarias son más difíciles en pacientes con grados mayores de depresión. El 37% de la población (n=45 pacientes) presentó depresión mayor, y de acuerdo a los lineamientos de manejo del estado depresivo, se beneficiarían del tratamiento con fármacos y psicoterapia, mientras que 55% de la población presento depresión leve y por tanto se beneficiarían importantemente al recibir psicoterapia y no necesariamente requieren fármacos.^{1,7, 8}

La edad juega un papel relevante en el índice de depresión, a mayor edad se incrementa la depresión y el índice de gravedad. De acuerdo al grado de

depresión y las actividades diarias, encontramos que a mayores índices de depresión el paciente manifiesta mayor dificultad para sus actividades cotidianas.

Conclusiones.

El estado depresivo es una enfermedad altamente prevalente en los pacientes con insuficiencia renal crónica. El estado depresivo no tiene relación con el tipo de terapia sustitutiva de la función renal, sino con la edad y con el antecedente de enfermedades crónicas. Es posible que estos pacientes presenten grados de depresión previos y condiciones de vulnerabilidad que se exacerban con la insuficiencia renal crónica terminal.

Está justificado y se requiere entonces el tratamiento farmacológico y de psicoterapia para estos pacientes, para lo cual se debe contar con un equipo de salud mental con el fin de disminuir los costos de atención y las complicaciones derivadas de la falta de apego al tratamiento. Es necesario ofrecer terapia en el área de salud mental a los pacientes con IRC en tratamiento sustitutivo de la función renal.

Referencias bibliográficas

1. Sudupe Jesús A, Taboada Oscar, **Guías Clínicas de Depresión**, 2006, www.Fisterra.com
2. Bello M, Puentes Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. **Salud Pública Mex** 2005; 47 supl1: S4-S11.
3. Informe sobre salud en el Mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra Suiza: **Organización Mundial de la Salud**; 2001: 29-30.

4. Contreras Francoise, Esguerra Gustavo A., Espinoza Juan Carlos y Gómez Viviana. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. **Acta Colombiana de Psicología** 10(2): 169-179, 2007.
5. Pineda N, Bermudez V, Cano C. Niveles de Depresión y Sintomatología Característica en pacientes adultos con Diabetes *Mellitus* tipo 2. **AVFT**, vol.23, no, p.74-78, 2004.
6. Gil J., Cunqueiro, M., García, j., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G.,Viedma, A., Liébana, S., Ortega y Pérez V. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. **Nefrologia**, 23, 258-537, 2003.
7. Paul I, Kimmel and Rolf A. Peterson. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived?. *Clin J Am Soc Nephrol* 1: 349- 352, 2006.
8. Scott D. Cohen, Lorenzo Norris, Kinberly Acquaviva, Rolf A. Peterson and Paul L. Kimmel. Screening, Diagnosis, and Treatment of Depression in Patients With end-stage Renal Disease. **Clin J Am Soc. Nephrol**2: 1332-1342, 2007.
9. Kimmel PL: Depression in patients with cronic renal disease: What we know and what we need to know. **J Psychosom Res** 53: 951-956, 2002.
10. Kimmel PL. Psychosocial factors in dialysis patients. **Kidney Int** 59: 951-956, 2001
11. Boulware LE et al. : The temporal relation between depression symptoms, cardiovascular disease events and mortality in ESRD: Contribution of reverse causality. **Clin J Am Soc Nephrol** 1: 496-504, 2006.
12. Kurrella M, Kimmel PL, Young B, Chertow G. Suicide in the United States end-stage renal disease program. **J Am Soc Nephrol** 16: 774-781, 2005.
13. Spitzert et al. Validation and utility of a self- report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study, **JAMA** 18: 1737-1744, 1999.
14. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K , Spitzer RL. Validation and utility of the patient questionnaire in diagnosing mental disorders

in 1033 general hospital Spanish inpatients. **Psychosom Med** 63: 679-686, 2001.

15. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L: Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. **Am J Kidney Dis** 46: 919-924, 2005.

16. Pinto Meza A, Serrano Blanco A. Assessing depression in primary care with the PHQ-9: Can it be carried out over the telephone?. **J Gen Intern Med** 20: 738-742, 2005.

17. Wulsin L, Somoza E, Heck J. The feasibility of using the spanish PHQ9 to screen for depression in primary care in Honduras. **Prim Care Connion J Clin Psychiatr** 4: 191-195, 2002.

18. Kroenke K. et al. Validity of a brief depression severity measure. **J Gen Intern Med**; 16: 606-613, 2001.