



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
SIGLO XXI

Comparación de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con depresión en y sin tratamiento psicofarmacológico, de la consulta externa Nefrología.

Tesis que presenta:

DRA. PERLA ISABEL BELTRÁN LÓPEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

ASESORES:

TUTOR DE TESIS: DR. DR. DAVIS COOPER BRIBIESCA
INVESTIGADOR ASOCIADO: DRA. IRMA CORLAY NORIEGA

MEXICO, CDMX.

FEBRERO 2017





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.



Dra. Diana G. Menez Diaz
Jefe de la División de Educación en Salud
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Dra. Irma Sauyen Corlay Noriega
Profesora Titular del curso de especialización en Psiquiatría
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Dr. Davis Cooper Bribiesca
Tutor de Tesis
Médico Adscrito al servicio de Psiquiatría
UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **13 CI 09 015 184** ante COFEPRIS

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, D.F. SUR

FECHA **11/05/2016**

DR. DAVIS COOPER BRIBIESCA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"Comparación de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con depresión en y sin tratamiento psicofarmacológico, de la consulta externa Nefrología".

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro R-2016-3601-65
--

ATENTAMENTE

DR.(A) CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres por darme la vida, creer en mí y apoyarme en cada momento.

A mi esposo por su amor incondicional, paciencia y apoyo total.

A mi pequeña hija Isabella, por venir a iluminar mi camino, enseñarme el amor más puro e intenso, por ser el ser más maravilloso, la luz, alegría y motivación de mis días.

A mis queridos hermanos, por ser un ejemplo de tenacidad y superación.

A mis queridos profesores Dra. Irma Corlay, Dr. Felipe Vazquez, Dra. Patricia Morales, Dr. Davis Cooper, Dra. Judith Ríos, Dra. Leticia Ibarra, Dr. Enrique Camarena y Dr. Omar Campos por todas sus enseñanzas, académicas y de vida.

A mis compañeros de generación, Ariana, Obed, Rosalba, Alejandro, Hugo y Emmanuel, por su amistad que llegó a convertirse en hermandad, apoyo incondicional y por todo lo que compartimos.

A mis —Rmás” Iván, Agustín, Carolina, Carlos e Ilia por su amistad, por las enseñanzas y la paciencia, fueron los mejores que pudimos tener.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres quienes me dieron la vida,
apoyo, educación y consejos.

A mi esposo y mi pequeña hija, quienes fueron apoyo y
aliento para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A los mejores hermanos José Eduardo y Agustín.

A mi primo Simón Beltrán, que se nos adelantó en el camino,
y que sabe que siempre lo llevaré en el corazón.

1. Datos del alumno	
Apellido paterno:	Beltrán
Apellido materno:	López
Nombres:	Perla Isabel
Telefono:	5527054523
Universidad:	Universidad Nacional Autonoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Curso de especialización en psiquiatría
Número de cuenta:	513233380
2. Datos de los asesores	
Apellido paternos:	Cooper
Apellido materno:	Bribiesca
Nombres:	Davis
	Corlay
	Noriega
	Irma Sauyen
3. Datos de la tesis	
Título	“Comparación de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con depresión en y sin tratamiento psicofarmacológico, de la consulta externa Nefrología”.
Año	2016
Registro.	R-2016-3601-65

INDICE

1. RESUMEN.....	8
2. INTRODUCCION Y MARCO TEORICO.....	10
3. JUSTIFICACION.....	30
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
5. OBJETIVOS.....	34
6. HIPOTESIS.....	35
7. MATERIAL Y METODOS.....	36
8. ASPECTOS ETICOS.....	42
9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	45
10. ANALISIS ESTADISTICO.....	47
11. RESULTADOS.....	48
12. DISCUSION	60
13. CONCLUSIONES.....	66
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
15. ANEXOS.....	74

1.- RESUMEN

La enfermedad renal crónica (ERC) y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social. Suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales. La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica y existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población.

Objetivo: Conocer y comparar la adherencia terapéutica de la enfermedad de base en pacientes con ERC en tratamiento con hemodiálisis y diagnóstico de depresión con y sin tratamiento psicofarmacológico de la consulta externa Nefrología UMAE Hospital De Especialidades —D Bernardo Sepúlveda” Del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del IMSS”.

Material y métodos: Estudio comparativo, observacional, longitudinal. Se incluyeron pacientes del servicio de Nefrología con diagnóstico de ERC en hemodiálisis, a los que se les aplicó la escala de depresión HADS y Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos.

RESULTADOS: La relación entre adherencia al tratamiento con diagnóstico de depresión, no fue significativa (valor de chi cuadrada de 0.019 y valor de p de

0.706). La relación de paciente con y sin tratamiento psiquiátrico y adherencia al tratamiento de enfermedad de base, se observó que tenían una adherencia elevada sin embargo los valores estadísticos no son significativos (chi cuadrada de 0.616 y valor p de 0.433). Tampoco fue significativa la adherencia al tratamiento y presencia o no de tratamiento psiquiátrico (valor u de 150, valor p de 0.782).

CONCLUSIONES: La prevalencia de depresión es alta 57% en pacientes con ERC en hemodiálisis y que la adherencia terapéutica de la enfermedad de base no presenta diferencias significativas en relación a padecer depresión y estar o no en tratamiento psicofarmacológico. Además de una pobre asociación en relación al nivel de adherencia terapéutica y los datos socio-demográficos.

2.- INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

Definición

La enfermedad renal crónica (ERC) es un término genérico que define un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal. La variabilidad de su expresión clínica es debida, al menos en parte, a su etiopatogenia, la estructura del riñón afectada (glomérulo, vasos, túbulos o intersticio renal), su severidad y el grado de progresión. En el año 2002, la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF) sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC⁵ supuso un paso importante en el reconocimiento de su importancia, tal y como ha sido mencionado anteriormente, promoviéndose por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad, definidos por el filtrado glomerular (FG) además del diagnóstico clínico. Todas las guías posteriores incluyendo las próximas guías KDIGO 2012 (Kidney Disease Improving Global Outcomes)^{6,7} han confirmado la definición de ERC (independientemente del diagnóstico clínico) como la presencia durante al menos TRES MESES de:

FG inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal (definida por la presencia de anomalías *estructurales* o *funcionales* del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG). La *lesión renal* se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de *albuminuria*, alteraciones en el *sedimento urinario*, alteraciones

hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de *imagen*.

La duración es importante para distinguir la ERC de la patología aguda. Esta definición ha sido aceptada por diversas sociedades científicas (no sólo nefrológicas) y es independiente de la edad, aunque ésta puede determinar la necesidad o no de asistencia personalizada o la relativa urgencia de la misma.

Epidemiología

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias^{8,9}. Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución¹⁰. Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes¹¹. Hasta el momento, carece de un registro de pacientes con ERC por lo que se desconoce el número preciso de pacientes en cualquiera de sus estadios, los grupos de edad y sexo más afectados, así como el comportamiento propio de los programas. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de

52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)^{12,13}. Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%³. El objetivo general fue identificar las características demográficas generales de pacientes en tratamiento sustitutivo de la función renal atendidos en hospitales de segundo nivel del IMSS.

Factores de riesgo

Las situaciones de riesgo que favorecen la ERC son múltiples. Este modelo conceptual incluye factores de riesgo en cada una de sus fases y éstos se clasifican como:

- Factores de susceptibilidad a ERC: son los que aumentan la posibilidad de desarrollar ERC.
- Factores iniciadores: son los que pueden iniciar directamente el daño renal.
- Factores de progresión: son los que pueden empeorar y acelerar el deterioro de la función renal.
- Factores de estadio final: son los que incrementan la morbilidad en los estadios finales de la enfermedad.

Algunos factores de riesgo pueden ser a la vez susceptibilidad, iniciadores y de progresión, como por ejemplo la HTA.

De los citados, son factores de riesgo potencialmente modificables:

- Diabetes
- Obesidad
- HTA
- Tabaquismo
- Dislipemia

El control de estos factores puede evitar el inicio de daño renal, incluso puede favorecer la regresión de la enfermedad en fases muy iniciales y ralentizar su progresión cuando ya está establecida. Aunque la edad no es un factor determinante, se sabe que con los años la función renal se puede deteriorar lenta y progresivamente, y se añaden también otros factores vasculares inherentes al proceso de envejecimiento. También pueden influir algunos fármacos nefrotóxicos utilizados en estas edades, dada la pluripatología de los pacientes y la falta de conocimiento de la presencia de alteración de la función renal.

Diagnóstico de ERC

Clásicamente se ha utilizado la concentración sérica de creatinina para evaluar la función renal, pero se ha visto que incluso cifras de creatinina dentro del intervalo de referencia pueden corresponder a $FG < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Por ello la creatinina sérica no se debería utilizar como única prueba para el estudio de la función renal. El FG es la mejor herramienta para evaluar la función renal. El valor del FG varía en relación con la edad, sexo y masa corporal del individuo, situándose entre 90-140 ml/min/1,73 m² en personas adultas jóvenes sanas. Para medir el FG se ha utilizado la depuración renal de diversas sustancias exógenas

(la depuración de inulina es el "gold-standard") pero no resultan factibles en la práctica diaria. Por este motivo habitualmente se calcula el FG a partir de la depuración de sustancias *endógenas*, y el aclaramiento de creatinina corregido por la superficie corporal (1,73m²) ha sido hasta no hace mucho la forma más utilizada.

Predictores de progresión a ERC.

Los mecanismos de progresión en la ERC son diferentes dependiendo de diversos factores como la etiología de la ERC, presencia de DM, grado de proteinuria y factores genéticos. En el apartado anterior se describen los factores de progresión de la ERC, factores de susceptibilidad (incrementan la posibilidad de daño renal), factores iniciadores (inician directamente el daño renal) y factores de progresión (empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal).

Los siguientes son factores predictores de progresión de la ERC: La actuación sobre dichos factores retrasará la progresión de la ERC.

Factores

- Proteinuria
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Enfermedad cardiovascular
- Tabaquismo
- Obesidad
- Raza negra o asiática

- Tratamiento crónico con AINES
- Obstrucción del tracto urinario

Seguimiento del paciente y actitudes.

En cada Área de Salud debe protocolizarse el seguimiento conjunto del paciente entre primaria y Nefrología, con unos objetivos a cumplir de acuerdo con el estadio de ERC

En cada revisión en atención primaria se recomienda:

Controlar la PA y ajustar el tratamiento para conseguir el objetivo de PA < 140/90 mmHg en presencia de excreción urinaria de albumina normal. En presencia de albuminuria (> 30 mg/g), se sugiere un objetivo de presión arterial más estricto: $\leq 130/80$ mmHg. En la mayoría de los casos será necesario asociar 2 fármacos o más para alcanzar estos objetivos. En pacientes de edad avanzada esta medida será objeto de una prudente y cuidada individualización.

Vigilar presencia de anemia: Si ERC 3-5 y Hb < 10,5 g/dL, estimar remisión o adelantar revisión en Nefrología para valorar tratamiento con factores estimulantes de la eritropoyesis.

Revisar la medicación, ajustando la dosis según el FG. En ERC 3-5, evitar la utilización de AINEs, antidiabéticos orales de eliminación renal o a dosis no adecuadas y contrastes yodados.

Revisar hábitos dietéticos, orientando al paciente sobre el tipo de dieta a seguir según el FG: ERC 1-3: Sólo se recomienda dieta hiposódica en caso de HTA.

ERC 4-5: Recomendaciones dietéticas sobre sodio, fósforo y potasio.

Análisis de sangre y orina en cada revisión a partir de ERC 3**:

Hemograma.

Concentración sérica de glucosa, creatinina, urea, ion sodio, ion potasio, calcio, fosfato, albúmina y colesterol.

FG estimado mediante una ecuación. Cociente albúmina/creatinina determinado en la primera orina de la mañana

Sedimento de orina.

Actitudes, estilo de vida y tratamiento

Se recogen recomendaciones sobre estilo de vida:

- Ejercicio físico
- Dieta
- Alcohol
- El tabaco

Ejercicio físico

La práctica regular de ejercicio físico mejora la capacidad física y el estado psíquico de las personas, tanto sanas como enfermas. Además de mejorar la función de los sistemas cardiovascular y músculoesquelético, el consumo de calorías ayuda a luchar contra la obesidad, también proporciona bienestar físico y favorece el descanso. Como norma general, se recomienda 30-60 minutos de ejercicio moderado 4 a 7 días por semana, que puede ser caminar, nadar, andar en bicicleta (fija o en el exterior), baile aeróbico o cualquier otra actividad en la que intervienen grandes grupos musculares de forma continua.

Cuando la enfermedad renal está establecida, adaptado a la capacidad física de cada paciente, se mantienen importantes beneficios. Una reciente revisión de Cochrane que analizó 45 estudios que habían randomizado 1863 pacientes con ERC, algunos con trasplante renal, demostró que la práctica de ejercicio se acompaña de beneficios significativos en el estado físico, la capacidad de caminar, en parámetros cardiovasculares como presión arterial y frecuencia cardíaca, en la calidad de vida relacionada con la salud y en algunas determinaciones metabólicas. Se comprobó que un entrenamiento cardiovascular de alta intensidad durante un periodo de cuatro a seis meses mejora la capacidad aeróbica del paciente, y otras actividades, como el entrenamiento de alta resistencia o el yoga, mejoran la fuerza muscular y la capacidad de caminar en tres meses.¹⁴

Dieta

Las recomendaciones dietéticas deben individualizarse para evitar sobrepeso u obesidad, pero también según la función renal del paciente y la existencia de otros factores de riesgo en los que esté indicado alguna restricción específica. El objetivo es mantener un peso saludable: índice de masa corporal: 18.5–24.9 kg/m² y una circunferencia de cintura en hombres < 102 cm y en mujeres < 88 cm. La dieta debe mantener un estado nutricional adecuado y compensar los déficits debidos a la enfermedad renal. Las necesidades energéticas son similares a la población general, aproximadamente 35 kcal/kg/día (equivale a 2000 kcal para una mujer de 60 Kg y 2600 Kcal para un hombre de 75 kg); en situaciones de desnutrición pueden requerirse hasta 40-45 kcal/kg diarias.

Los hidratos de carbono aportarán un 45-55% del total de calorías de la dieta y las grasas un 35-45%, debiendo ser en su mayoría grasas insaturadas, aunque la aparición de alteraciones lipídicas y el riesgo de aterosclerosis con frecuencia exige una limitación de la grasas de la dieta. La restricción proteica puede retrasar y minimizar el síndrome urémico, que también es lo recomendable en la población general. Respecto al consumo de sal, la recomendación a la población general es que el consumo diario sea de menos de 6 g de sal (equivale a 2.4 g de sodio); actualmente en nuestro país se consumen aproximadamente 10 g diarios. En fases iniciales de la enfermedad renal, una restricción de sal más estricta se aplicará únicamente a los pacientes hipertensos.¹⁵

Alcohol

No se considera perjudicial una ingesta moderada de alcohol como en la población general, lo que supone unos 12 a 14 gramos de etanol, (aproximadamente 300 cc de cerveza o 150 cc de vino). Pero hay que tener en cuenta no solo las calorías presentes en el alcohol sino también la cantidad de líquido y el contenido en azúcar, potasio, fósforo y sodio, que debe limitarse en muchos pacientes según los factores de riesgo asociados y el grado de insuficiencia renal que presenten.

Tabaquismo.

El hábito de fumar representa uno de los factores directos involucrados en la progresión de la enfermedad renal. El efecto favorable de dejar de fumar en la

evolución tanto en población general como en especial en enfermos con ERC en cualquiera de sus estadios.

En pacientes diabéticos también, diversos estudios indican que el tabaquismo es un factor de riesgo en todas las etapas del daño renal y que además incrementa la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, acortando el tiempo de entrada en diálisis¹⁶.

Los mecanismos involucrados en el daño renal inducido por el tabaco incluyen la disfunción de células endoteliales, la activación de factores de crecimiento (endotelina I, angiotensina II y TGF- β 1), efectos tubulotóxicos, estrés oxidativo, alteraciones en la coagulación, resistencia a la insulina¹⁷.

La nicotina al intervenir en la elevación de la PA va a favorecer la progresión de la ERC. El aumento de la PA se debe a un incremento del gasto cardíaco y de la resistencia vascular periférica. En los fumadores parece estar alterado el ritmo circadiano de la PA y además el tabaco reduce el efecto de algunos antihipertensivos (beta bloqueantes, amlodipino).

Diversos hallazgos sobre las alteraciones inducidas por el tabaco en los riñones (engrosamiento pared arteriolar, proliferación de la íntima, a nivel sobre todo de la arteria renal y arteriolas intrarrenales), parecen apoyar que la mayoría de las ERC en población fumadora se deben a nefroesclerosis¹⁸.

Adherencia terapéutica

Con respecto a este término, es frecuente encontrar diferentes definiciones como cumplimiento o adherencia, que son los más utilizados, aunque se han propuesto

muchos otros como: cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Algunos autores definen al cumplimiento terapéutico como “—grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”. Este término señala un restringido alcance, en cuanto a la complejidad del fenómeno que pretende abarcar. Concretamente se sugiere que el vocablo “—compliance” o “—cumplimiento”, deba emplearse para hacer referencia a la obediencia del paciente al seguir las instrucciones y recomendaciones del profesional de la salud y que este tendría un rol pasivo y sumiso, creyendo que el enfermo es incapaz de tomar sus propias decisiones al seguir fielmente las recomendaciones que se le proponen.

Sin embargo, existen otras expresiones como la de Blackwell, que propuso adherencia o alianza terapéutica, con objeto de expresar una relación más interactiva entre el profesional sanitario y el paciente. Siguiendo esta idea, DiMatteo y DiNicola la definen como “—una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado”^{19,20}

Aunque es frecuente encontrar el uso de cumplimiento y adherencia indistintamente y como sinónimos, la adherencia terapéutica hace referencia, no a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de

manera continuada las indicaciones de este, evitar comportamientos de riesgo, incorporar al estilo de vida conductas saludables ²¹

Es entonces, que los vocablos alianza, colaboración, cooperación y adherencia parecen permitir una mayor participación del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud porque el paciente se adhiere a un plan con el que está de acuerdo y en cuya elaboración ha podido contribuir o, al menos, ha aceptado la importancia de realizar acciones concretas que se incluyen en el programa a poner en práctica, de ese modo involucraría una consideración activa de la persona.

Martin Alfonso, Sánchez Cisneros, Ortiz y Rapoff²² describen a la adherencia terapéutica como la respuesta positiva del paciente a la prescripción realizada por el facultativo, asimismo la Organización Mundial de la Salud la define como “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” En este contexto, integrando los conceptos anteriores, se considera que el término adherencia terapéutica hace referencia a una gran diversidad de conductas, las que transitan desde formar parte en un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, y acudir a las citas con los profesionales en la materia.

Por otra parte, es importante resaltar que la adherencia y sus problemas pueden ocurrir por ausencia, exceso o defecto en el seguimiento de la recomendación.

Pueden suceder en cualquier momento —antes, al inicio, durante o al finalizar la recomendación, incluso la persona puede adherirse a ciertos aspectos de la

prescripción, pero no a todos; o en algunos momentos o circunstancias, pero no en otros.

CALIDAD DE VIDA

Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico. Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, toma de medicamentos y restricción de líquidos²³.

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos. Se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de ocho años de tratamiento.^{24,10}

La calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal. No obstante, de acuerdo con las evidencias, se puede afirmar en términos generales que la IRC y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social.²

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida. Las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo, especialmente depresión mayor.²⁵

Para el diagnóstico de este trastorno, es necesario Cinco (o más) de los síntomas siguientes, y han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnía casi todos los días. 5. Agitación o

retraso psicomotor casi todos los días 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días 9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.²⁶

DEPRESIÓN

La depresión mayor se diagnostica cuando los síntomas del estado de ánimo no reactivo persistente y pérdida de todo interés o placer se acompañan de insomnio, fatiga, letargo, pérdida de energía o el apetito, falta de concentración, inquietud, culpa inapropiada y / o pensamientos mórbidos de la muerte. Con una prevalencia estimada de 14 a 30%, la depresión mayor es el problema psicológico más frecuente en pacientes con estadio 5 de la enfermedad renal crónica.²⁷

Aparte de tener una peor calidad de vida, los pacientes deprimidos con ERC son hospitalizados con más frecuencia y mueren antes que aquellos que no están deprimidos. Mecanismos causales propuestos para explicar estos malos resultados incluyen inflamación, así como la falta de adherencia a la terapia, un estilo de vida poco saludable y una nutrición deficiente. Es razonable suponer que el tratamiento exitoso de la depresión mejoraría el bienestar general en estos pacientes, pero si va a conducir a una mejor supervivencia es incierta²⁷.

La depresión es una de las manifestaciones que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, y existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población. Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento ¹⁰

La escasa adherencia al tratamiento, mejor llamada adhesión, en cuanto implica un papel activo del sujeto, constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con insuficiencia renal crónica, lo que puede generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte. Por otra parte, la escasa adhesión al régimen terapéutico compromete gravemente su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos adicionales al sistema de salud; por ello, las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales.

A nivel familiar, las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de calidad de vida del paciente. Se encontró en algunos estudios, que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de calidad de vida con respecto al apoyo social percibido, y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales. Las relaciones de pareja suelen verse

afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales que su condición produce. Otros aspectos como la infertilidad en las mujeres, la impotencia en los hombres y la disminución del deseo sexual se han encontrado vinculados con la uremia, las anomalías endocrinas, neurológicas, psicológicas bioquímicas y farmacológicas.

4,28,29.

Etiopatogenia

Se ha sugerido que la Interleucina 1 (IL-1), el factor de necrosis tumoral (FNT) y la IL-6; que son citoquinas proinflamatorias, son secretadas básicamente por los monolitos y funcionan como base para la respuesta inflamatoria en los pacientes que reciben hemodiálisis. Los niveles séricos de la IL-1 y el FNT, son más elevados en los pacientes en hemodiálisis que entre los individuos normales y la sobresecreción de estas citoquinas se ha descrito en casos de amiloidosis, desnutrición y aterogénesis así como también se ha sugerido una asociación entre esta sobresecreción en pacientes con IRC en hemodiálisis y depresión. Se ha reportado que estas citoquinas pueden ser sobre secretadas por el estrés y así producir depresión. Esto se apoya en que los antidepresivos reducen la secreción de citoquinas proinflamatorias tales como IL1, IL2 y FNT, después de la administración de antidepresivos. Estudios previos han demostrado que la IL6 disminuye después de cuatro semanas de tratamiento, considerándose actualmente como una citoquina pleiotrópica, con efecto tanto proinflamatorio como antiinflamatorio; sugiriéndose también que su excreción es controlada en gran parte por el cortisol, que disminuye la IL6. Una hipótesis planteada sobre el

estrés en los pacientes sometidos a hemodiálisis es la activación del eje hipotálamo-hipofisario, que conlleva un aumento de cortisol, esto mantiene a la IL6 en un nivel bajo, la estabilización del eje con los antidepresivos disminuirá el nivel de cortisol y después de esto se puede aumentar la IL6 paradójicamente, la cual ejerce un efecto antiinflamatorio sobre la IL1 y el FNT³.

Mortalidad

La depresión aumenta el riesgo de mortalidad, particularmente vía enfermedad cardiovascular. Esto es importante entre los pacientes con IRC ya que la causa más común de muerte es la enfermedad cardiovascular. Los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización. Se ha encontrado asociación entre depresión y el estado inmunológico y estado nutricional que también se asocian a mortalidad entre este grupo de pacientes.

Shulman & Cols investigaron la sobrevida a dos años en pacientes en hemodiálisis y encontraron que aquellos con un índice de depresión de Beck <14 tenían una sobrevida de 85%, mientras que aquellos con un índice de 25 o más tenían una sobrevida de 25%.³⁰

El suicidio contribuye a la tasa de mortalidad en este tipo de paciente. El riesgo suicida en episodio depresivo mayor se estima es de 3.4%, entre los pacientes en diálisis se estima un 0.2 de las muertes que ocurren por cada 1000 pacientes anuales, esto representa que el 84% de la población en diálisis tiene riesgo suicida en comparación con la población general. El 20% de los pacientes deciden

retirarse de la diálisis y esto es considerado como un intento suicida, lo hacen por múltiples factores como ser la comorbilidad médica no psiquiátrica crónica, edad y raza³.

TRATAMIENTO

Los antidepresivos son eficaces en el tratamiento de la depresión en la población general.³¹ Alrededor de 50-65% de los pacientes han reducido los síntomas cuando son tratados con antidepresivos en comparación con el 25-30% cuando son tratados con placebo. Mejora se observa por lo general dentro de las primeras 3 semanas de iniciar la terapia, pero puede tomar hasta 6 semanas en manifestarse.

Los fármacos antidepresivos actúan mediante el aumento de la actividad de uno o más de los neurotransmisores de la serotonina, noradrenalina y / o dopamina en la sinapsis del sistema nervioso central, ya sea por la prevención de su descomposición enzimática en la hendidura sináptica, la inhibición de la recaptación través de la membrana celular presináptica, estimulación de la liberación de las células presinápticas o efectos estimulantes sobre el receptor postsináptico.

De los ISRS la Fluoxetina es el medicamento que más se ha estudiado de este grupo y ha probado ser no tóxico y eficaz en pacientes con depresión e IRC. La Sertralina: no ha sido ampliamente estudiada como la Fluoxetina, pero es metabolizada en el hígado al igual que la Fluoxetina y la excreción de la droga por

orina es mínima. Se ha usado para prevenir la hipotensión en pacientes en diálisis. El Citalopram, muestra cinética similar a la de la Sertralina y Fluoxetina; en el caso de administración de Paroxetina, se debe ajustar la dosis, iniciándose generalmente con 10 mg.

Los medicamentos que deben de evitarse en estos casos son la Nefazodona, Venlafaxina (se acumula), Bupropión.

Dentro de las alternativas terapéuticas se encuentra la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) la cual según un estudio realizado en el Downstate Medical Center en New York (2006), después de iniciar la terapia el índice de depresión de Beck disminuía de 28.9 puntos a 18.5 después de 15 semanas con sesiones de una hora semanal y de 18.8 puntos en el seguimiento de los tres meses.³²

3.- JUSTIFICACIÓN

La ERC por ser una enfermedad crónica degenerativa y con un alto índice de complicaciones, la relevancia recae en el impacto económico y social, tanto para la familia y para los sistemas de salud. Los costos institucionales anuales por atención a personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, ocupan un porcentaje significativo del presupuesto destinado a la salud. Lo anterior son datos alarmantes que imponen retos en la manera de organizar y gestionar los servicios, ya que sus consecuencias demandan una atención compleja, de larga duración y costosa; por ello es necesario explorar otras alternativas que apoyen a la persona a mejorar su calidad de vida a través de una adecuada adherencia terapéutica.

Asimismo es importante enfatizar el papel primordial de la salud mental, intervenciones hacia el tratamiento de la psicopatología, un terreno poco trabajado, pero muy importante, ya que la depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC) y existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población. Aun así, es poco diagnosticada y pasa desapercibida. La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía. Aun cuando la depresión es genéticamente predispuesta, la pérdida precipita un episodio depresivo. Los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan o han pasado por muchas pérdidas, como ser su trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la

función renal normal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad. A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como ser, los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento.^{3,4.}

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica (ERC) es la resultante de diversas enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, conduce hacia un desenlace fatal si no es tratada. Las cifras de morbilidad y mortalidad son alarmantes; en México, esta es una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias.

Está considerada una enfermedad catastrófica debido al número creciente de casos, por los altos costos de inversión, recursos de infraestructura y humanos limitados, la detección tardía y altas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución. Este país está compuesto por 31 estados con una población identificada en el año 2005 de 103.263.388 millones de habitantes. Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los servicios de salud en México son proporcionados por la seguridad social, que está compuesta por los hospitales del IMSS, que proporcionan atención al 62,2% de los mexicanos, el Seguro Popular 15,1%, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 11,9%, sector privado 3,9%, hospitales militares 2% y otros 4,9%³.

El IMSS es la institución de salud que brinda la mayor cobertura de atención en México y específicamente a pacientes con diálisis. El incremento del número de

pacientes en programas sustitutivos sigue una cuesta lenta y progresiva, lo cual es preocupante ya que en poco tiempo no habrá recursos financieros suficientes para sustentar estas terapias. La modalidad de DPA ha tenido un comportamiento estacionario. La terapia de Hemodiálisis se brindó casi al 50% de los pacientes en modalidad subrogada, lo que genera gastos muy importantes al instituto.

La IRC se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad general en el IMSS, ocupa la octava causa de defunción en el varón de edad productiva y la sexta en la mujer de 20 a 59 años, mientras que por demanda de atención en los servicios de urgencias del segundo nivel de atención ocupa el décimo tercer lugar, el noveno en las unidades de tercer nivel y el octavo como causa de egreso hospitalario por defunción.¹

De acuerdo con las evidencias, se puede afirmar en términos generales que la IRC y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social.

En estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales. La calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal.²

5.- OBJETIVOS:

Objetivo general

- Conocer y comparar la adherencia terapéutica de la enfermedad de base en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diagnóstico de depresión con y sin tratamiento psicofarmacológico de la consulta externa Nefrología UMAE Hospital De Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” Del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del IMSS”.

Objetivos específicos

- Determinar la presencia de depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis (escala de HADS).
- Identificar a los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diagnóstico de depresión con y sin tratamiento psicofarmacológico.
- Comparar la adherencia terapéutica de la enfermedad de base, en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión con y sin tratamiento psicofarmacológico.
- Conocer si existe asociación entre el nivel de adherencia terapéutica y los datos socio-demográficos de las personas con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis.

6.- HIPOTESIS

Existe una alta prevalencia de depresión mayor en los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis sin diagnosticar, lo cual favorece un pobre apego terapéutico y mayores complicaciones médicas.

H0: No existe una relación entre la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión en tratamiento psicofarmacológico en comparación con pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión sin tratamiento psicofarmacológico.

H1: El grado de adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis y diagnóstico de depresión en tratamiento psicofarmacológico es mejor que el de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión sin tratamiento psicofarmacológico.

7- MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo, transversal y correlacional.

Universo de trabajo

Pacientes de la consulta externa Nefrología UMAE Hospital De Especialidades —D Bernardo Sepúlveda” Del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del IMSS”.

Tamaño de la muestra

Se incluyeron a los Pacientes de la consulta externa Nefrología UMAE Hospital De Especialidades —D Bernardo Sepúlveda” Del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del IMSS”, que cumplieron con los criterios de inclusión y que se encontraron disponibles al momento de aplicar el instrumento.

Selección de la muestra

Criterios de inclusión

1. Paciente de la consulta externa de Nefrología CMN siglo XXI, con dx de ERC en tratamiento con hemodiálisis.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diagnóstico de depresión en tratamiento psicofarmacológico.

4. Pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diagnóstico de depresión sin tratamiento psicofarmacológico.

Criterios de exclusión

1. Pacientes con cardiopatías
2. Pacientes menores de 18 años
3. Pacientes con deterioro cognitivo
4. Paciente con enfermedades neurológicas
5. Pacientes con discapacidad física
6. Pacientes que no acepten participar en el estudio

Criterios de eliminación

- Instrumentos no contestados al 100%.
- Pacientes que retiran consentimiento durante el estudio

Método

Se realizó una selección de pacientes de la consulta externa de Nefrología UMAE Hospital De Especialidades —“Dr. Bernardo Sepúlveda” Del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del IMSS”, donde en una evaluación inicial, se obtuvieron los datos sociodemográficos, antecedentes psiquiátricos y tratamientos, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se aplicó la Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y también se realizará una encuesta sociodemográfica.

Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos

La Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos (ver anexo 2) es un instrumento al que se le realizó análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax para determinar sus factores. Ha sido aplicado en población del Distrito Federal con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales, entre otras. Su índice de fiabilidad alpha de Cronbach está por arriba de 0.91. Contiene 3 dimensiones con 7 ítems cada uno: a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, b) Seguimiento médico conductual, y c) Autoeficacia. Todos los ítems con escala de respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano al 100, el paciente es más adherente. En los ítems 20 al 24 los enunciados están descritos en sentido negativo, por lo tanto, la escala se invierte: 0 corresponde a 100, 10 a 90, 20 a 80 y así sucesivamente.

Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes:

0-

33 puntos, baja adherencia; de 34-67, moderada adherencia; de 68-100, alta adherencia.³³

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. Ha sido aplicada en pacientes que acuden con regularidad a ambientes hospitalarios, no psiquiátricos, con lo cual resulta una mejor herramienta para la detección de distrés psicológico en población médicamente enferma (en comparación con el resto de escalas de autoaplicación en el área) y evitar equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. Desde su publicación, el HADS ha sido traducido a más de 25 idiomas y varias poblaciones. La traducción al español y su validación fue realizada por Tejero, Guimerá, Farré & Peri (1986). La reciente revisión de Bjelland, Dahl, Haug y Neckelmann (2002) reportó que el HADS ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas. Específicamente en México, se ha validado en cáncer de mama y obesidad (Ornelas-Mejorada, Tufiño, & Sánchez-Sosa, 2011; López-Alveranga et al., 2002) demostrando adecuadas propiedades psicométricas.³⁴

La HAD está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.³⁵

Procedimiento:

Al ser pacientes de la consulta externa de Nefrología en Hospital de Especialidades —D Bernardo Sepúlveda” de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI, se le invitó a participar a los pacientes quienes cumplían los criterios de inclusión. Una vez que firmaron el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de los cuestionarios estandarizados para evaluar la presencia de depresión con la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), así como de adhesión a tratamiento con la escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Y así se obtuvieron los datos deseados.

Etapas del Estudio:

7. Etapa de preparación

II. Etapa de recopilación

III. Etapa de procesamiento

IV. Etapa de análisis

8.- ASPECTOS ÉTICOS:

Se respetan los principios generales de acuerdo a las normas éticas del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud y a la Declaración de Helsinki, que en el código Internacional de ética Médica afirma que Principios generales -El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”, en donde queda englobado el deber de promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica.

El propósito principal del estudio es comprender las causas, evolución y efectos de la enfermedad y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

Se asegura el respeto a los derechos individuales de los sujetos, acepten o no participar en el estudio, de tal manera que la atención que recibieron por parte de esta institución no se encontró sujeta a alguna consideración especial, asegurando de este modo sus intereses.

La información es responsabilidad del médico investigador asegurándose la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, apegándose a la Ley DOF 05-07-2010, del IFAI vigente.

No se infringen las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos del país ni internacionales vigentes. La

investigación fue supervisada por un médico competente y calificado apropiadamente. La participación de los pacientes no comprometió de manera adversa su salud.

En los casos en que se detectó la presencia de trastorno depresivo o algún otro trastorno psiquiátrico que ameritara atención y seguimiento fue canalizado a la consulta externa de Psiquiatría.

Los riesgos y costos fueron mínimos y el beneficio de la detección oportuna de la depresión muy alto, ya que afecta la funcionalidad del paciente.

Los pacientes se beneficiaron de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Se proporcionó a cada participante una carta de consentimiento informado, que fue dado de manera voluntaria, siendo un requisito indispensable para la participación en el estudio.

Se otorgó al paciente información adecuada sobre los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo aspecto pertinente de la investigación. De igual modo se le informó al sujeto sobre el derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias; asegurándonos de que el individuo comprendiera la información. En caso en el que el paciente no fue capaz de dar su consentimiento, por algún impedimento físico o mental fue excluido del estudio.

Se le informó al paciente que en caso de negarse a participar o retirarse del estudio esto no afectaría de manera adversa la relación médico paciente ni su atención.

No se realizó ninguna intervención de tipo terapéutico por lo que no son necesarias las consideraciones en relación al uso de placebo en este estudio.

9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos Humanos:

1. Un investigador
2. Un médico de base del servicio de Psiquiatría.
3. Un médico de base del servicio la consulta externa Nefrología.
4. Un médico residente de Psiquiatría.

Recursos Materiales:

1. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)
2. Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos.
3. Carta de consentimiento informado.
3. Computadora personal.
4. Teléfono personal.
5. Agenda telefónica personal.
6. Computadora de escritorio.

7. Expediente clínico y electrónico de cada paciente.

6. Equipo de oficina.

Financiamiento

Este proyecto fue financiado con recursos propios de ésta unidad médica, para la atención del paciente.

Factibilidad

El estudio fue llevado a cabo en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI en el área de Consulta externa, donde se realizó una entrevista clínica por un médico residente de Psiquiatría. Se realizó la recolección de datos clínicos y sociodemográficos, se utilizó la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) y la Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos y se utilizaron los recursos materiales disponibles en la unidad.

10.- Análisis estadístico:

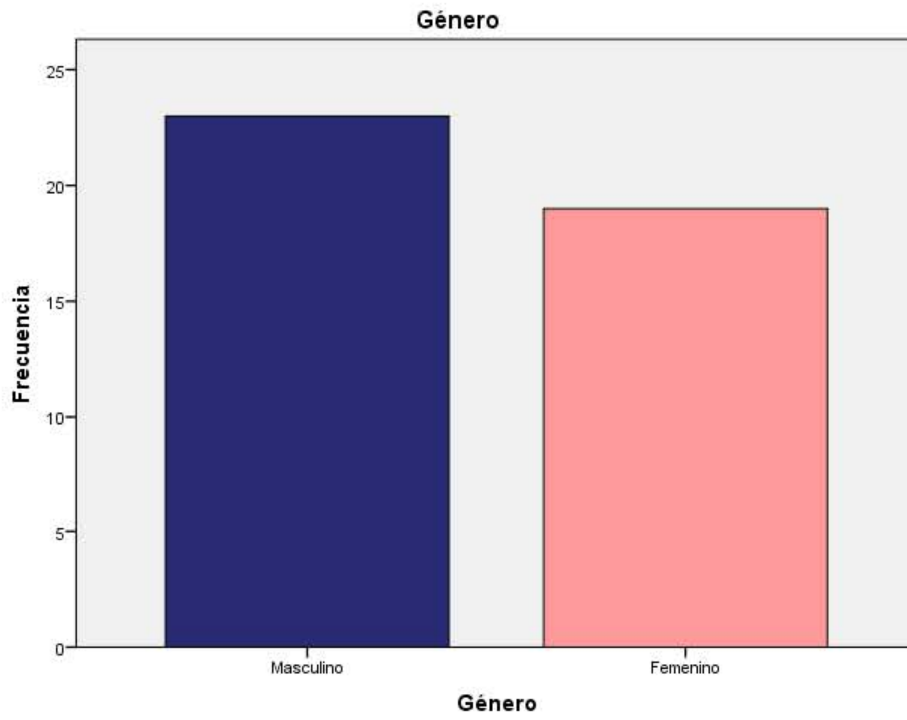
Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la distribución de la variable, utilizando media y DE si son variables de distribución normal, y mediana e IIC. Se realizó análisis bivariado evaluando la correlación de las variables numéricas como puntaje de la escala con aspectos demográficos y grado de curso. Se compararon las variables numéricas de distribución normal con prueba T no pareada, así como con U de Mann Whitney en caso de distribución no normal. Se analizó si existen diferencias en la distribución de frecuencias de variables categóricas con prueba de X². Se realizó regresión logística multivariada para analizar los factores asociados al puntaje de escala.

11.- Resultados

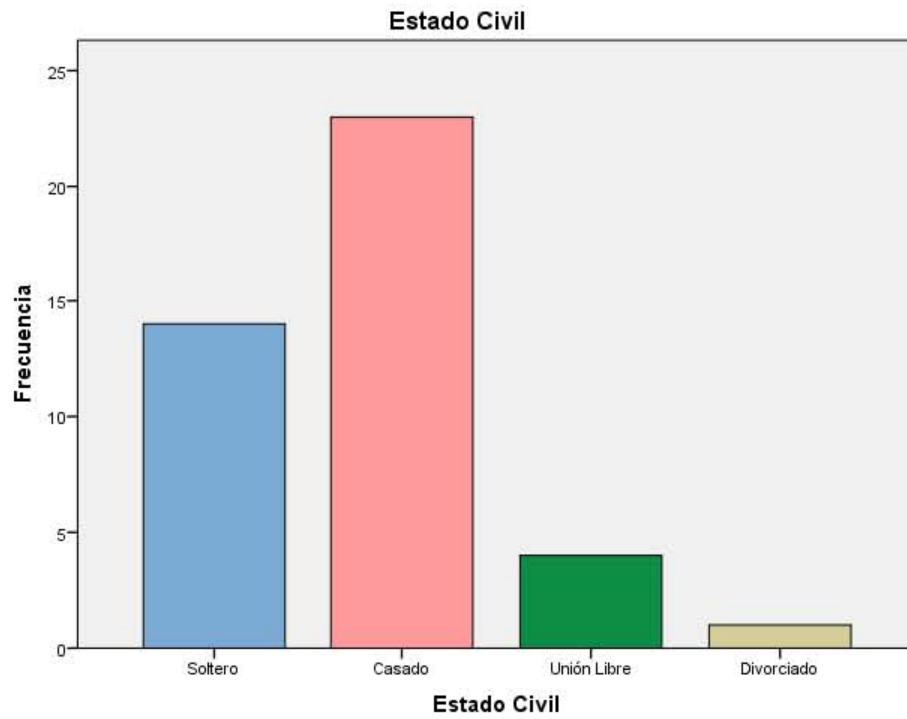
La muestra total fue de 42 sujetos, de los cuales 58.8% (23) son hombres y el 45.2% (19) son mujeres (Gráfica 1), el 33.3% (14) son solteros, el 54.8% (23) son casados (Gráfica 2), el 9.5 % (4) viven en unión libre y el 2.4% (1) son divorciados (Gráfica 3). El 45.2%(19) al momento del estudio se encuentran desempleados, 35.7%(15) eran empleados, el 19% (8) eran jubilados. El 45.2%(19) tenían estudios de primaria y secundaria, el 38.1%(16) tenían estudios de preparatoria, el 17.7%(7) tenían estudios de licenciatura o posgrado (Gráfica 4), de los cuales el 64.3%(27) vivían con la pareja y/o hijo, el 19%(8) vivían con padres y/o hermanos y el 16.7%(7) vivían solos (Gráfica 5). En la muestra se observó que el 2.4%(1) estaban entre 19 a 24 años, el 66.7% (28) de 25 a 54 años, el 26.2% (11) de 55 a 64 años y solo el 4.8 % (2) de 65 años o más.

En esta muestra se observó que el 11.9% (5) contaban con un tratamiento actual a base de dieta y /o ejercicio, el 21.4% (9) solo a base de medicamentos, el 50% (21) a base de dieta o ejercicio y medicamento y solo el 16.7% (7) tenían tratamiento a base de dieta, ejercicio y medicamento (Gráfica 6).

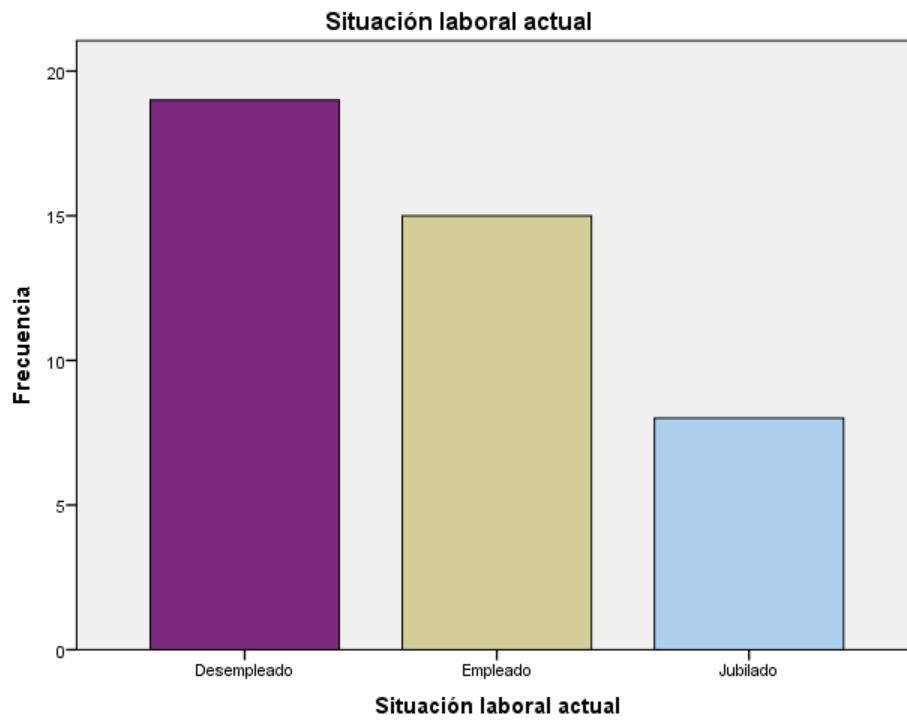
Gráfica 1.



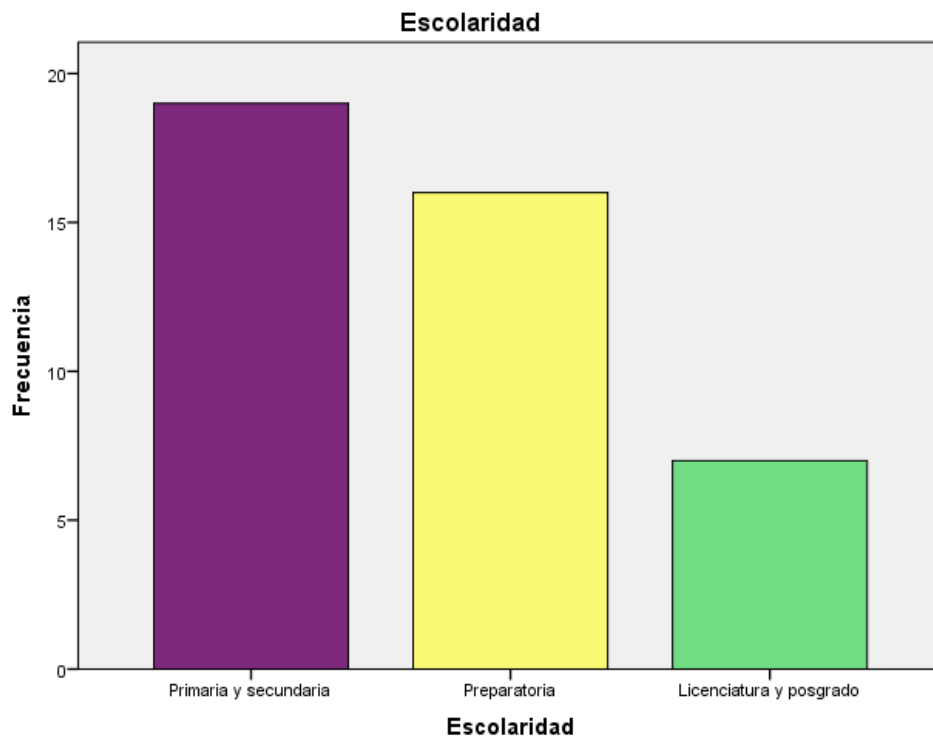
Gráfica 2.



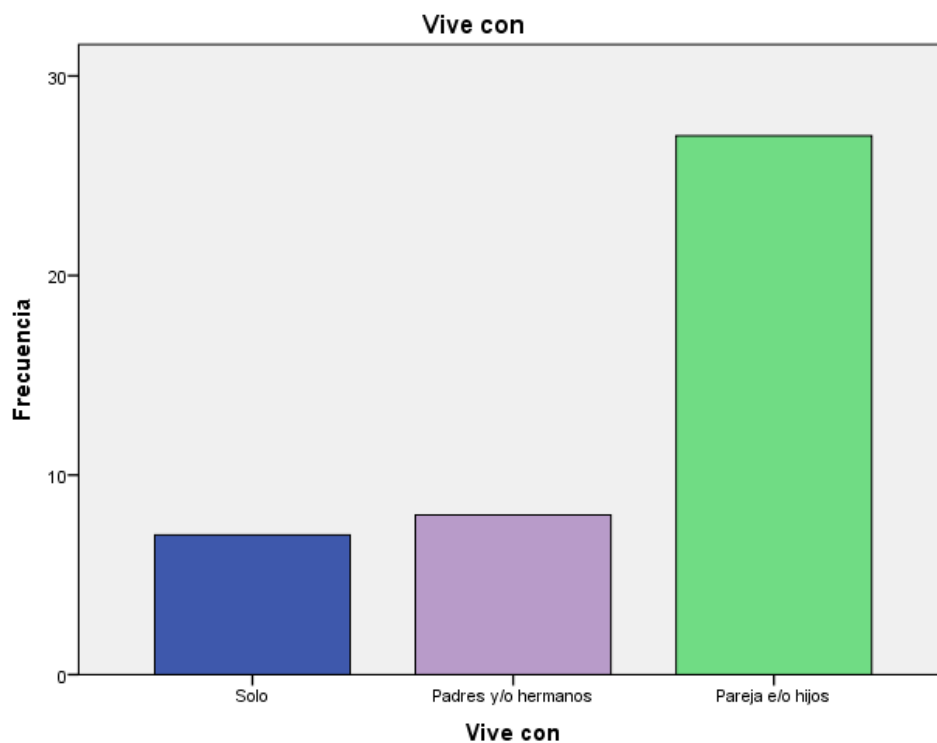
Gráfica 3.



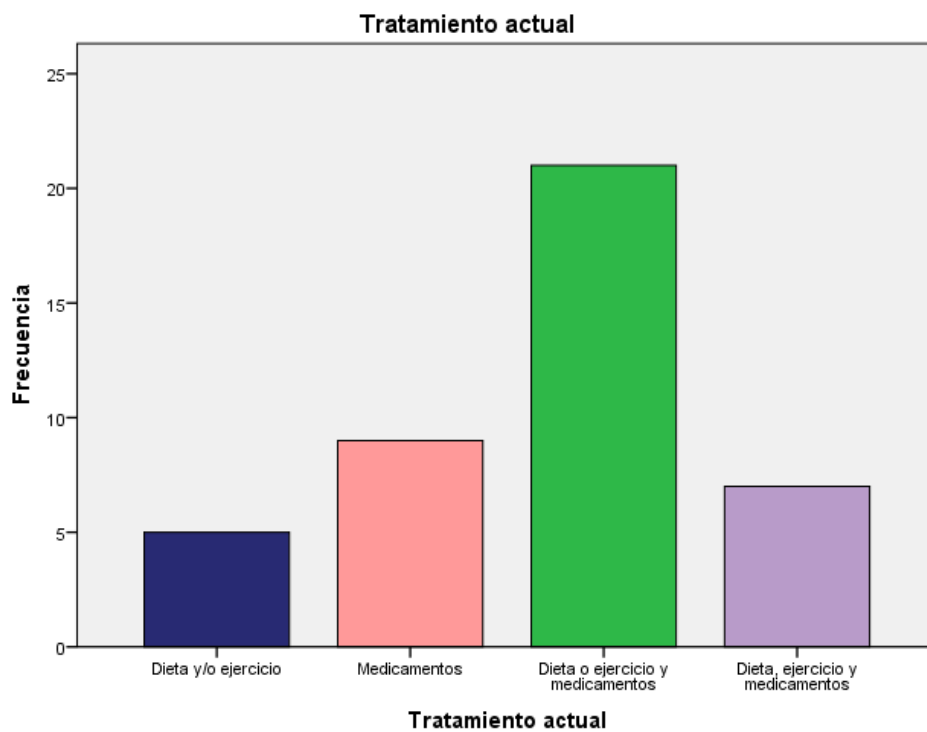
Gráfica 4.



Gráfica 5.

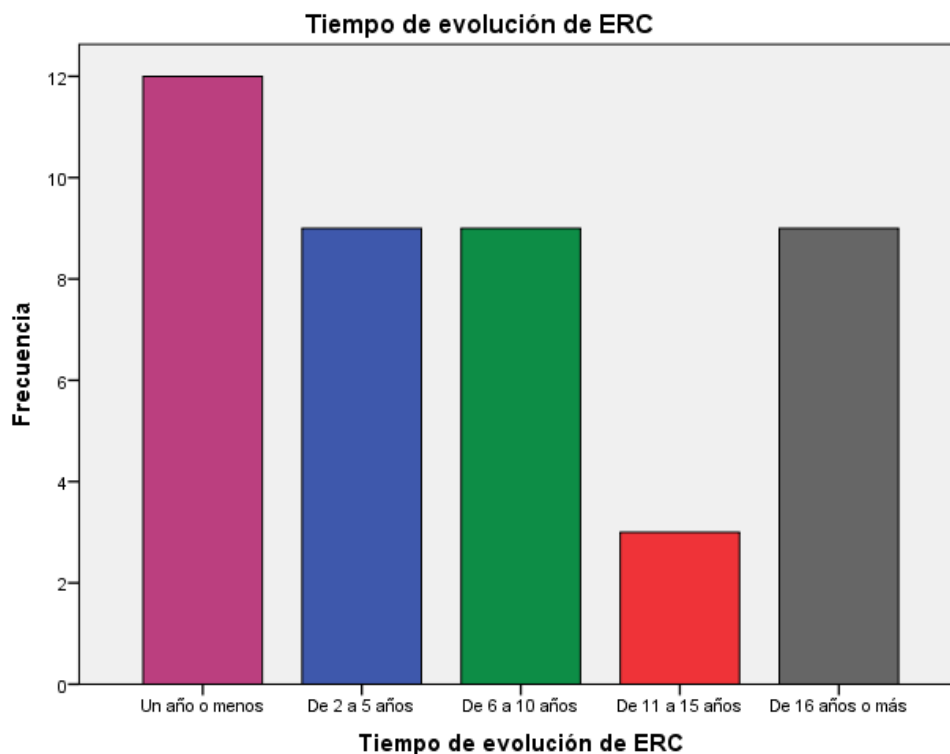


Gráfica 6.

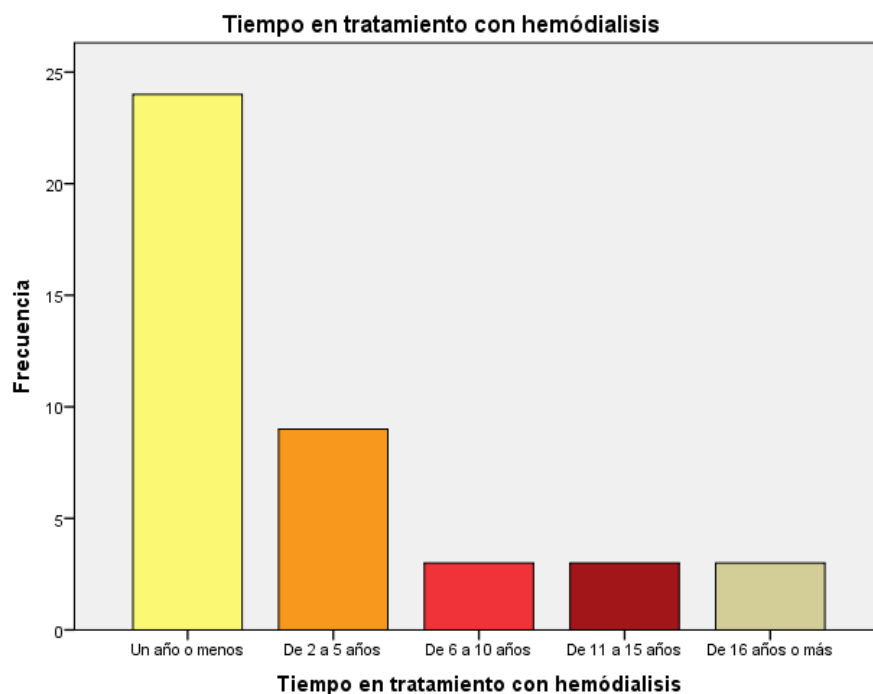


En la muestra se observó que el tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica tenían el 28.6% (12) tenían un año o menos, el 21.4%(9) de 2 a 5 años, el 21.4%(9) de 6 a 10 años, el 7.1% (3) de 11 a 15 años y el 21.4%(9) de 16 años o más (Gráfica 7) y un tratamiento con hemodiálisis del 57.1%(24) con un año o menos el 21.4%(9) de 2 a 5 años, el 7.1% (3) de 6 a 10 años, el 7.1%(3) de 11 a 15 años y el 7.1%(3) de 16 años o más (Gráfica 8).

Gráfica 7.

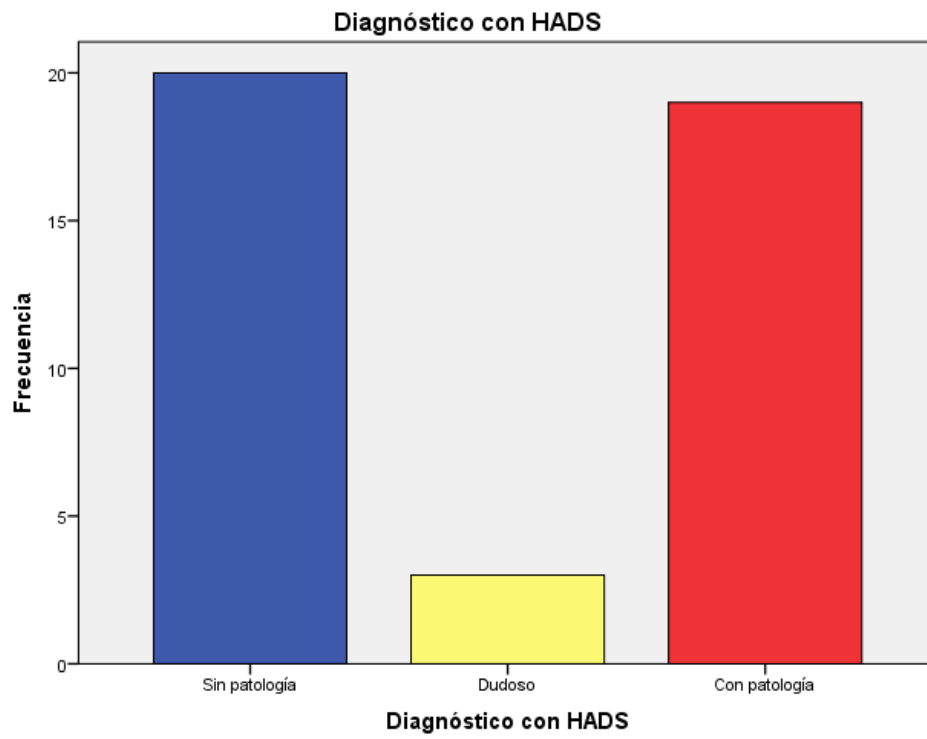


Gráfica 8.

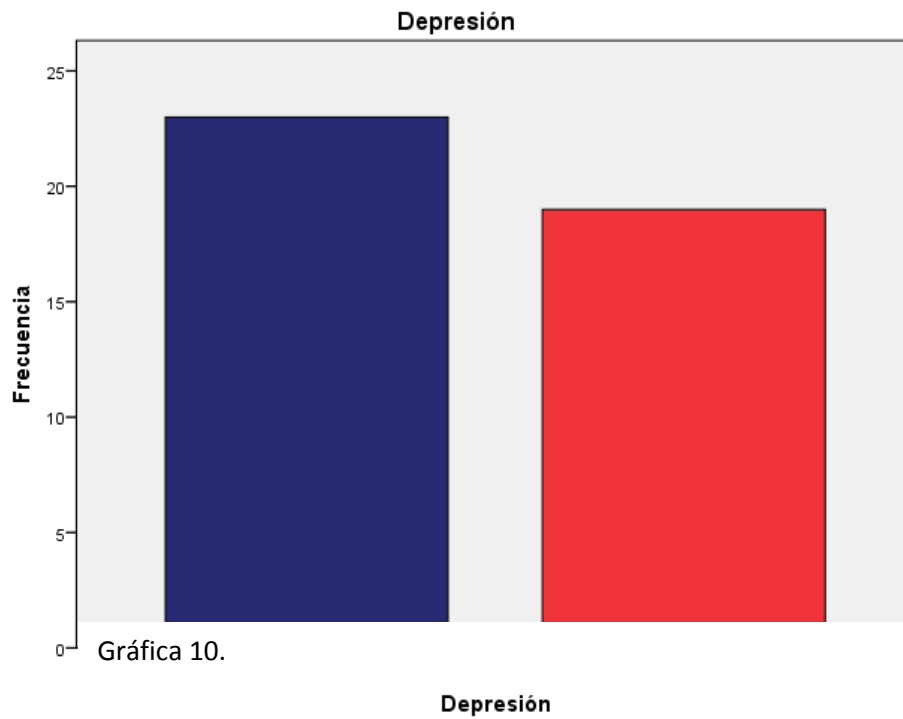


En esta muestra se encontraron al aplicar la escala HADS 47.6% (20) sin patología, 7.1%(3) dudosos y 45.2%(19) con patología sin embargo, para poder hacer la correlación como el 54.8 %(23) sin diagnóstico de depresión o ansiedad y el 45.2 %(19) con diagnóstico positivo (Gráfica 9 y 10).

Gráfica 9.

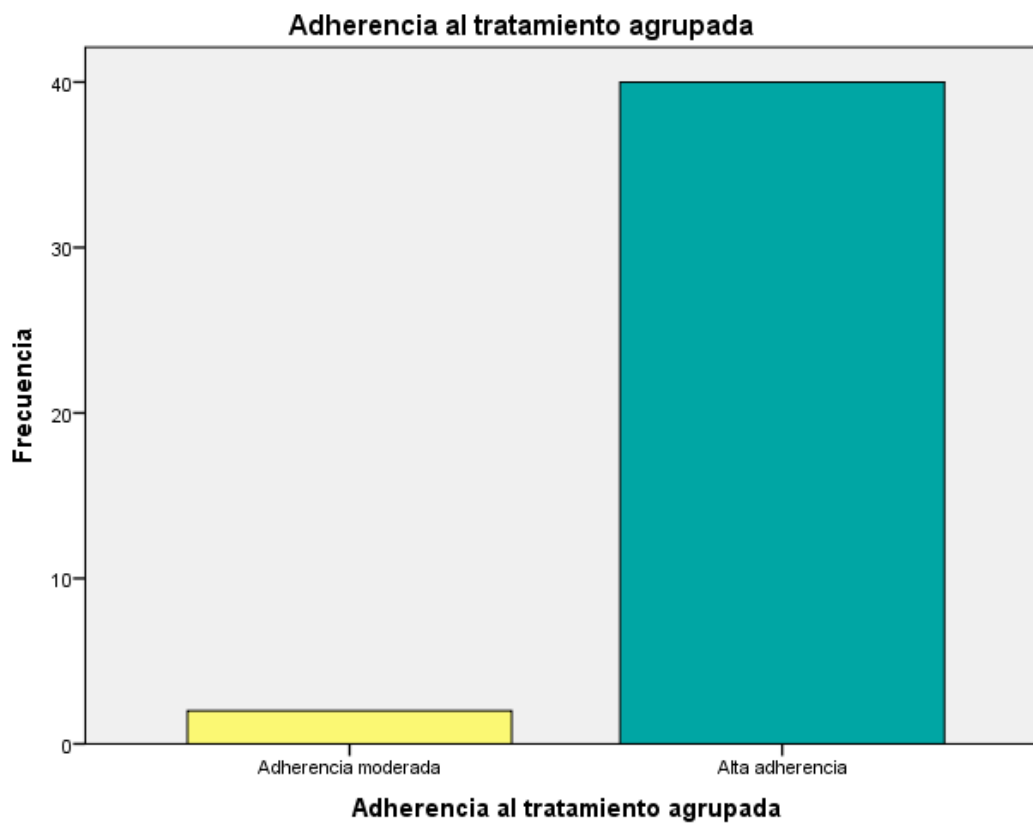


Gráfica 10.



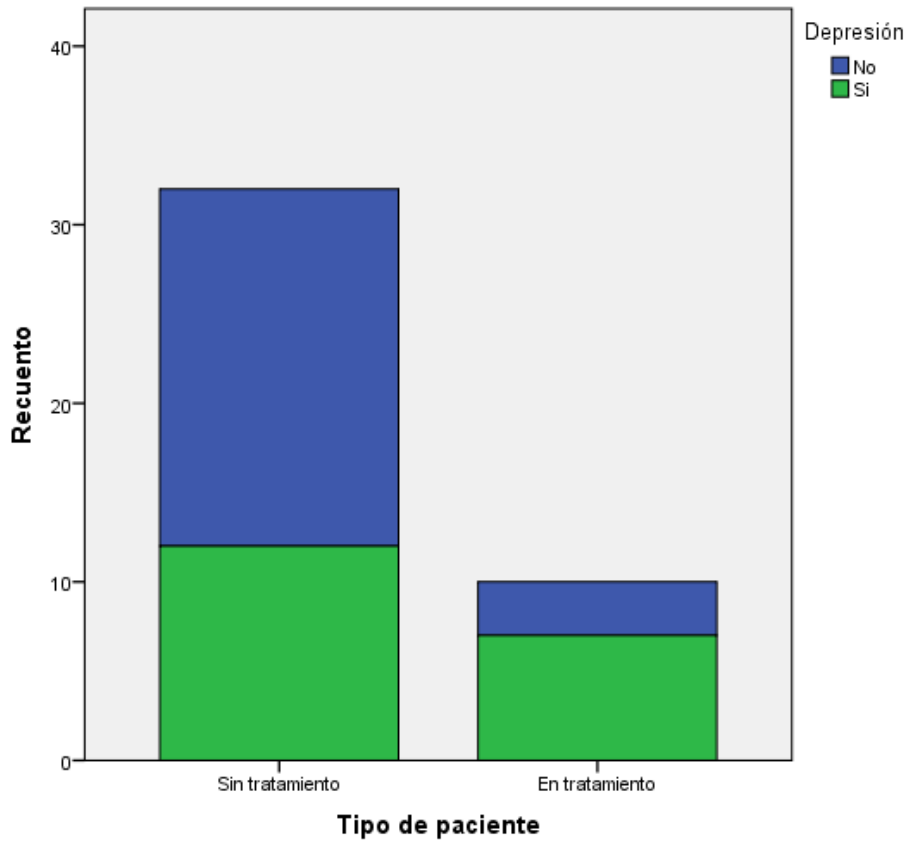
La adherencia observada fue el 95.2% (40) alta, el 4.8% (2) con una adherencia moderada (Gráfica 11).

Gráfica 11.



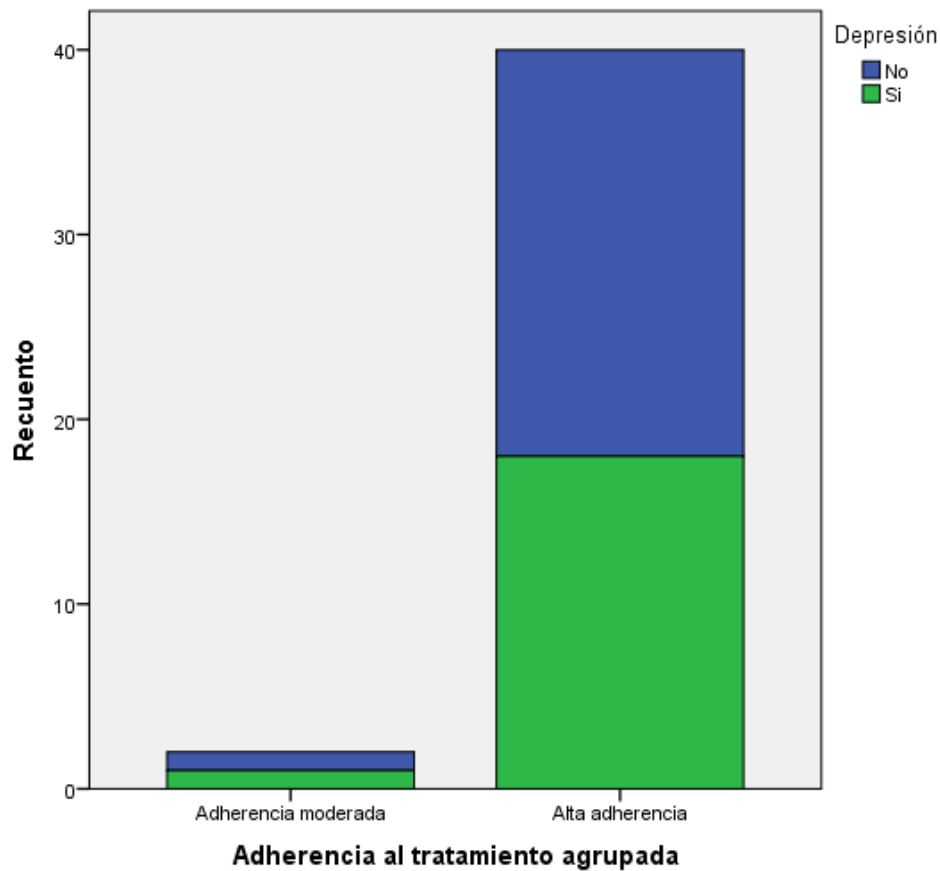
Al hacer la relación entre el tipo de paciente (con y sin tratamiento), y presencia de depresión se observó que 12 paciente tenían diagnóstico de depresión y no contaban con tratamiento (Gráfica 12).

Gráfica 12.



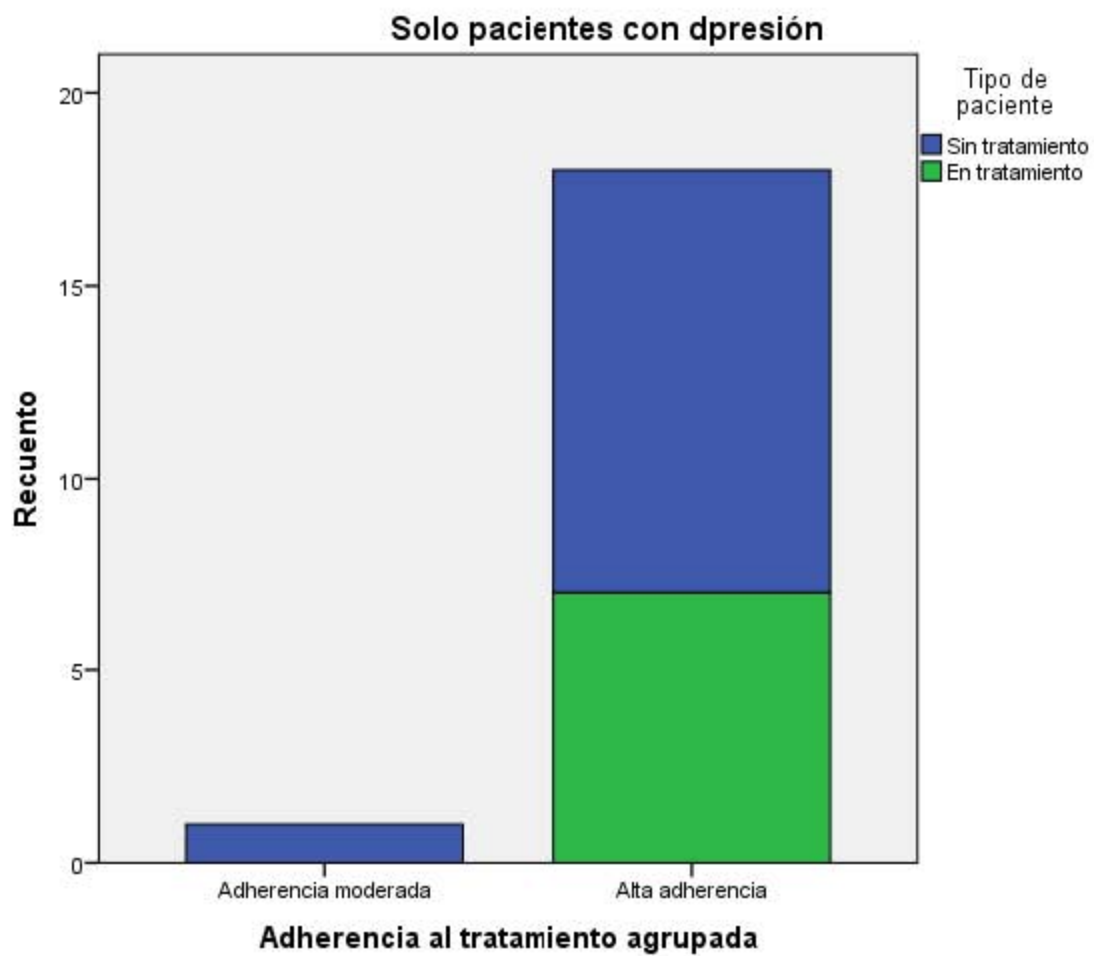
Se Hizo la relación entre adherencia al tratamiento con diagnóstico de depresión sin embargo no salió significativo (valor de chi cuadrada de 0.019 y valor de p de 0.706). 18 pacientes tenían diagnóstico de depresión y una adherencia alta (Gráfica 13).

Gráfica 13.

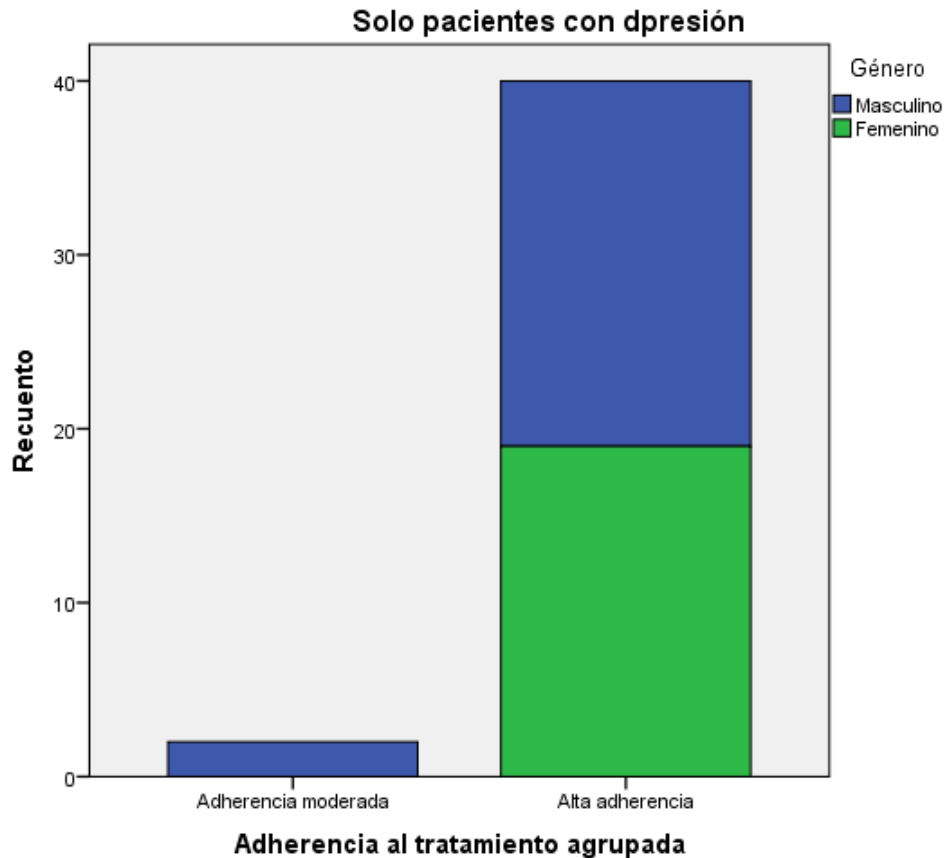


También se hizo la relación de paciente con y sin tratamiento psiquiátrico y adherencia al tratamiento de enfermedad de base, y se observó que 11 pacientes sin tratamiento tenían una adherencia elevada sin embargo los valores estadísticos no son significativos (chi cuadrada de 0.616 y valor p de 0.433).

Gráfica 14.



Gráfica 15.



Se hace también la relación de estado civil con adherencia al tratamiento sin embargo no es significativo (valor de chi cuadrada de 4.2 y valor p de 0.241)

Se realiza prueba de u- mann-whitney para ver diferentes asociaciones entre ellas género y adherencia al tratamiento la cual no sale significativa, (valor u de 199, valor p de 0.0193).

La otra asociación fue presencia de depresión con adherencia al tratamiento que no sale significativa, (valor de u de 216 y valor p de 0.891) (Gráfica 15).

La siguiente fue con adherencia al tratamiento y presencia o no de tratamiento psiquiátrico que tampoco salió significativa (valor u de 150, valor p de 0.782) (Gráfica 14).

12.- Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo Conocer y comparar la adherencia terapéutica de la enfermedad de base en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis y diagnóstico de depresión con y sin tratamiento psicofarmacológico de la consulta externa Nefrología UMAE Hospital De Especialidades —D Bernardo Sepúlveda” Del Centro Médico Nacional Siglo XXI Del IMSS”. El estudio tuvo como hipótesis que el grado de adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis y diagnóstico de depresión en tratamiento psicofarmacológico es mayor que el grado de adherencia de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión sin tratamiento psicofarmacológico. En la metodología se incluyó una selección de pacientes de la consulta externa de Nefrología, donde en una evaluación inicial, se obtuvieron los datos sociodemográficos, antecedentes psiquiátricos y tratamientos, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos así como también se realizó una encuesta sociodemográfica. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a la distribución de la variable, utilizando media y DE si son variables de distribución normal, y mediana e IIC. Se realizó análisis bivariado evaluando la correlación de las variables numéricas como puntaje de la escala con aspectos demográficos y grado de curso. Se compararon las variables numéricas de distribución normal con prueba T no pareada, así como con U de Mann Whitney de distribución no normal. Se analizaron las diferencias en la distribución de frecuencias de variables categóricas con prueba

de X2. Se realizó regresión logística multivariada para analizar los factores asociados al puntaje de escala.

En esta muestra se observó que el 11.9% (5) contaban con un tratamiento actual a base de dieta y /o ejercicio, el 21.4% (9) solo a base de medicamentos, el 50% (21) a base de dieta o ejercicio y medicamento y solo el 16.7% (7) tenían tratamiento a base de dieta, ejercicio y medicamento.

En este estudio la mayor parte de muestra estuvo conformada por hombres en 58%, el 54% eran casados, casi la mitad de los pacientes se encontraban desempleados 45%, predominó la escolaridad de estudios básicos 45%, vivían en compañía de la pareja e hijos el 64%, así como el grueso de los sujetos estuvo entre 25 y 54 años de edad 66%. En nuestra investigación encontramos que ninguna variable sociodemográfica estuvo significativamente asociada a la adherencia terapéutica de la enfermedad de base. La adherencia observada fue alta en el 95% de los pacientes. Se Hizo la relación entre adherencia al tratamiento en sujetos con diagnóstico de depresión, con y sin tratamiento, sin embargo el resultado no fue significativo. Aportando al debate existente Hueras-Vieco et al. (2014) realizaron un estudio sobre los factores que han mostrado estar consistentemente asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en HD crónica, entre las posibles causas de la no adherencia, factores psicosociales como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo y apoyo social. Estos concluyen que No existieron diferencias en adherencia en relación con la edad o el sexo. Tampoco se encontró relación con el tipo de convivencia ni con la actividad laboral, es por esto que consideramos importante tener en cuenta que la mayoría

de ellos convivían en familia y permanecían inactivos. Álvarez et al. (2001) plantean que los pacientes en tratamiento con hemodiálisis presentan frecuentemente ‘trastornos emocionales adaptativos mixtos’ conformados por la presencia conjunta de ansiedad y depresión. Concordando con Moreno et al. (2004) quienes detectaron, en el estudio realizado con pacientes en HD, una correlación muy significativa entre los niveles de ansiedad y depresión. En los participantes de nuestro estudio se encontró un nivel alto de ansiedad y depresión 45.2% de la muestra, de los cuales el 57% contaba con criterios diagnósticos para depresión y se encontraban sin tratamiento psicofarmacológico. Consideramos que con los resultados antes descritos, es importante como profesionales de la salud, detectemos y tratemos los trastornos afectivos comorbidos ya que tienen una alta incidencia en la población de pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

Otro dato interesante por resaltar, es la asociación que hubo entre la convivencia dentro de una familia y la funcionalidad familiar; esta situación demuestra que la familia como institución continúa siendo la base para el cuidado de la salud; constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana Louro BI (2005). Estamos de acuerdo en que el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. Probablemente esta es la razón por la cual la mayoría de los pacientes de nuestro estudio tuvieron buen

apego al tratamiento ya que el 84% de los sujetos cuentan con apoyo de algún familiar.

De acuerdo a Páez A (2009), los pacientes no adherentes al tratamiento, presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. De acuerdo a nuestros resultados, no se encontró alguna diferencia significativa en relación al apego terapéutico de los pacientes con y sin diagnóstico de depresión. Con lo anterior concluimos que a pesar de que el padecer depresión se relaciona directamente con menor adherencia al tratamiento, hay algunos otros factores sociodemográficos que pueden influir en el buen apego terapéutico. Otra de las posibilidades es que podría deberse a que parte de la alta adherencia detectada es debido a que la escala que utilizamos para evaluar el apego terapéutico (escala de adherencia terapéutica en enfermedades crónicas), al ser un instrumento autoaplicable podría haber causado confusión al momento de contestar, ya que no es concordante el número de complicaciones médicas con un nivel alto de adherencia al tratamiento.

Algunos estudios apuntan a que los pacientes jóvenes presentan una mayor tendencia al incumplimiento terapéutico Bame S. y cols (1995). En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre éstas variables (edad, sexo) y la adherencia. Teniendo en consideración la media de edad de la muestra (66.7% 25 a 54 años), cabría esperar cierto incumplimiento. El resultado discordante con datos obtenidos en otras investigaciones podría explicarse por el elevado apoyo social con que cuenta la mayor parte de los pacientes evaluados, implicando que estudios

realizados en diferentes países pueden no ser universales por los diferentes condicionantes sociales que existen según las culturas.

Existen también trabajos que identifican a la relación médico paciente como un factor asociado a la adherencia, sin embargo esto no coincide con los hallazgos del presente estudio. Esta diferencia podría atribuirse al tipo de paciente estudiado, ya que esta relación es más común en enfermedades agudas. Y como es sabido no se sigue el mismo comportamiento en las enfermedades crónicas. Mejia y Carmona (1995).

Un dato que sobresalió sobre los demás estudios, fue que a mayor nivel de escolaridad, las personas se apegan más terapéuticamente, tienden a tener más autoeficacia y por consecuencia, mayor control sobre su tratamiento. Existe un estudio que indica una correlación positiva entre la información básica que se posee sobre alguna enfermedad y las variables autoeficacia y escolaridad González MT (2003). Y esto en parte es lógico, ya que las personas con mayor nivel académico asimilarán de una forma más adecuada la información proporcionada para preservar su salud. Sin embargo nuestro estudio no encontró asociación entre estos factores.

Al igual que Marín Reyes (2001), no se encontraron datos estadísticamente significativos con relación a la adherencia terapéutica y la modalidad del tratamiento, es decir, si sólo se controlan farmacológicamente o también lo combinan con dieta o ejercicio. En nuestro estudio sobresale que el 50% de la población investigada se controla únicamente con medicamento, y no hay resultados significativos entre la relación de la modalidad de tratamiento y

adherencia terapéutica. Es por esto que lo anterior solo pone de manifiesto, en primer lugar, que el modelo de salud alópata en México es el que sigue dominando.

13.- CONCLUSIONES

Los pacientes en hemodiálisis son uno de los colectivos que mayor cantidad de fármacos toman en comparación con otros enfermos crónicos. Estas personas no siempre se atienen a las recomendaciones dadas por el personal sanitario en cuanto a su medicación, estilo de vida, dieta y con frecuencia tienen a presentar trastornos afectivos como depresión. Es sabido que la no adherencia al tratamiento prescrito tiene implicaciones en la calidad de vida, la supervivencia de los pacientes y el coste económico de su tratamiento, siendo este un tema prioritario de salud pública. En relación a los resultados de nuestra investigación, podemos concluir en que la adherencia terapéutica de la enfermedad de base de los pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, no presentan diferencias significativas en relación a padecer depresión y estar o no en tratamiento psicofarmacológico.

Otro de los datos que podemos concluir en esta investigación es la pobre asociación que se encontró en relación al nivel de adherencia terapéutica y los datos socio-demográficos de las personas incluidas en la investigación con diagnóstico de enfermedad renal crónica en hemodiálisis. A excepción del apoyo familiar, que si se asoció a un factor predictor de mayor adherencia al tratamiento.

También podemos determinar con nuestros resultados, que la prevalencia de depresión en la población descrita, fue alta, hasta un 57% de los sujetos contaba con criterios para depresión mayor de los cuales un 50% no contaba con tratamiento psicofarmacológico.

A pesar de que nuestra hipótesis inicial no fue la esperada, podemos concluir y también reflexionar, sobre la alta prevalencia de depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis ya que no son diagnosticados ni tratados, situación que podría mermar en la calidad de vida del sujeto. Uno de los principales problemas, es que en pocas unidades de hemodiálisis se solicita de forma habitual la valoración por un psiquiatra que ayude al diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos, lo que podría aumentar el grado de cumplimiento y bienestar general del enfermo renal.

Una de las limitaciones fundamentales de nuestro trabajo es que contamos con un número pequeño de pacientes, por lo que sería necesario realizar un estudio más amplio para identificar mejor los problemas y valorar su intervención en un segundo paso.

14.- CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- [1] MÉNDEZ-DURÁN A, EPIDEMIOLOGÍA DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN MÉXICO. DIAL TRASPL. 2010;31 (1):7-11.
- [2] FRANCOISE C, CALIDAD DE VIDA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, BOGOTÁ. MARZO 30 DE 2006.
- [3] ORELLANA M, INSUFICIENCIA RENAL Y DEPRESIÓN. REVISTA DEL POSTGRADO DE PSIQUIATRIA. UNAH VOL.1, NO.3. ENE-JUN, 2008.
- [4] ARENAS M, EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD MEDIANTE LAS LÁMINAS COOP-WONCA EN UNA POBLACIÓN DE HEMODIÁLISIS. REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA, 24, 470-479. (2004)
- [5] K/DOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINES FOR CHRONIC KIDNEY DISEASE: EVALUATION, CLASSIFICATION, AND STRATIFICATION. AM J KIDNEY DIS 2002;39(2 SUPPL (1):S1-266.
- [6] LEVEY AS, CORESH J. CHRONIC KIDNEY DISEASE. LANCET 2012;379(9811):165-180.
- [7] KDIGO 2012 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR THE EVALUATION AND MANAGEMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE. KIDNEY INT (SUPPL) 2013;3(1):1-308.
- [8] FERNÁNDEZ-CANTÓN S, EL IMSS EN CIFRAS: LA MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE. 2003. REV MED IMSS.2004;42:353-64.
- [9] TREVIÑO B. A, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: ENFERMEDAD EMERGENTE, CATASTRÓFICA Y POR ELLO PRIORITARIA. CIR CIRUJ.2004;72:3-4.
- [10] PÉREZ, J, LLAMAS, F. & LEGIDO, A. (2005). INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: REVISIÓN Y TRATAMIENTO CONSERVADOR. ARCHIVOS DE MEDICINA, 1(3), 1-10.

- [11] CONTEO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2005. POBLACIÓN TOTAL POR ENTIDAD FEDERATIVA, SEXO Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD SEGÚN CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS DE SALUD Y TIPO DE INSTITUCIÓN. INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA (INEGI), 2005.
- [12] EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS CONSIDERADOS EN EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES. COORDINACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES. DIRECCIÓN DE FINANZAS. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL 2007, P. 39-44.
- [13] CUETO-MANZANO M, ROJAS-CAMPOS E. STATUS OF RENAL REPLACEMENT THERAPY AND DIALYSIS PERITONEAL IN MEXICO. PERIT DIAL INTERNAT. 2007;27:142-8.
- [14] HEIWE S. JACOBSON S.H, EXERCISE TRAINING FOR ADULTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2011, ISSUE 10. ART. NO.: CD003236. DOI: 10.1002/14651858.CD003236.PUB2.
- [15] [80HTTP://WWW.CLUBDELHIPERTENSO.ES](http://www.clubdelhipertenso.es)
- [16] BOER I. H, DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL/EPIDEMIOLOGY OF DIABETES INTERVENTIONS AND COMPLICATIONS STUDY RESEARCH GROUP: CENTRAL OBESITY, INCIDENT MICROALBUMINURIA, AND CHANGE IN CREATININE CLEARANCE IN THE EPIDEMIOLOGY OF DIABETES INTERVENTIONS AND COMPLICATIONS STUDY. J AM SOC NEPHROL 18 :235– 243,2007.
- [17] ODONI G. OGATA H. VIEDT C. AMANN K. RITZ E, ORTH SR. CIGARETTE SMOKE CONDENSATE AGGRAVATES RENAL INJURY IN THE RENAL ABLATION MODEL. KIDNEY INT 2002; 61: 2090–8.
- [18] DAVIDSON M.B, ASSOCIATION OF IMPAIRED DIURNAL BLOOD PRESSURE VARIATION WITH A SUBSEQUENT DECLINE IN GLOMERULAR FILTRATION RATE. ARCH INTERN MED 166 :846– 852,2006.

- [19] HAYNES R.B, INTRODUCTION. EN: HAYNES RB, TAYLOR DW, SACKETT DL. COMPLIANCE IN HEALTH CARE. BALTIMORE: JOHN HOPKINS UNIVERSITY PRESS.
- [20] FERRER V.A, ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES TERAPÉUTICAS. CONCEPTOS Y FACTORES IMPLICADOS. REV PSICOL SALUD. 1995.
- [21] INFOMED. CIUDAD DE LA HABANA: ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y MODELOS EXPLICATIVOS; CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS.2007.
- [22] MARTIN AL. ACERCA DEL CONCEPTO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA. REV CUB SALUD PÚBLICA.2007.
- [23] BARRIOS M, MANUAL DE CAPACITACIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL. BOGOTÁ: OFTEN GRÁFICO. (2004).
- [24] GONZÁLEZ V & LOBO N, CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE HEMODIÁLISIS. APROXIMACIÓN A UN PROYECTO INTEGRAL DE APOYO. REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA, 4, 6-12. . (2001).
- [25] ÁLVAREZ F, SÍNTOMAS FÍSICOS Y TRASTORNOS EMOCIONALES EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS PERIÓDICAS. NEFROLOGÍA, 21, 191-199. (2001).
- [26] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS. 5TH ED. ARLINGTON, VA: AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, INC.; 2013.
- [27] NAGLER E.V, ANTIDEPRESSANTS FOR DEPRESSION IN STAGE 3–5 CHRONIC KIDNEY DISEASE: A SYSTEMATIC REVIEW OF PHARMACOKINETICS, EFFICACY AND SAFETY WITH RECOMMENDATIONS BY EUROPEAN RENAL BEST PRACTICE (ERBP). NEPHROL DIAL TRANSPLANT. 2012 OCT;27(10):3736-45.
- [28] HERSH-RIFKIN, PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF DIALYSIS THERAPY. EN J. KALLENBACH, C. GUTCH, M. STONER & A. COREA.

- (EDS.) REVIEW OF HEMODIALYSIS FOR NURSES AND DIALYSIS PERSONNEL. ST LOUIS, MO: MOSBY INC. (2005).
- [29] ALARCÓN A, LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE Y EL APOYO PSICOSOCIAL. EN A. ALARCÓN (ED.), ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL PACIENTE RENAL. BOGOTÁ: CLÍNICA MARLY. (2004).
- [30] CHILCOT J, DEPRESSION ON DIALYSIS. NEPHRON CLIN PRACT 2008;108:256-64.
- [31] MONCRIEFF J, ACTIVE PLACEBOS VERSUS ANTIDEPRESSANTS FOR DEPRESSION. COCHRANE DATABASE SYST REV 2004.
- [32] DAVIDSON J.R.T, MAJOR DEPRESSIVE DISORDER TREATMENT GUIDELINES IN AMERICA AND EUROPE. J CLIN PSYCHIATR 2010;71(SUPPL E1):E04.
- [33] SORIA T. R, VEGA VCZ, NAVA QC. ESCALA DE ADHERENCIA PARA PACIENTES CRÓNICOS BASADA EN COMPORTAMIENTOS EXPLÍCITOS. ALTERN. PSICOL. 2012.
- [34] NOGUEDA M, HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS): VALIDATION IN MEXICAN PATIENTS WITH HIV INFECTION. PSICOLOGÍA IBEROAMERICANA (JULIO-DICIEMBRE, 2013), VOL. 21, NO. 2, PP. 29-37.
- [35] JAVIER L. RICO, ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD) EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON CÁNCER DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA DE COLOMBIA. AVANCES EN MEDICIÓN, 3, 73-86 2005
- [36] HUERTAS-VIECO M, FACTORES PSICOSOCIALES Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. MADRID; 2 SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR. MADRID. 2014;34(6):737-42.

- [37] BAME S.I, PETERSEN N, WRAY NP. VARIATION IN HEMODIALYSIS PATIENT COMPLIANCE ACCORDING TO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS. SOC SCI MED 1993;37:1035-43
- [38] ÁLVAREZ F, FERNÁNDEZ, M., VÁZQUEZ, A. M. J., MON, C., SÁNCHEZ, R. & REBOLLO, P. (2001). SÍNTOMAS FÍSICOS Y TRASTORNOS EMOCIONALES EN PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS PERIÓDICAS. NEFROLOGÍA, 21(2), 191-199.
- [39] MORENO E. ARENAS M. D. PORTA E. ESCALANT L, CANT, M.J, SORRANO F, ET AL. (2004). ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA NEFROLÓGICA, 4(7) 17-25.
- [40] PÁEZ A, ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY UNDERGOING DIALYSIS TREATMENT. UNIV. PSYCHOL. BOGOTÁ, COLOMBIA V. 8 NO. 1 PP. 117-124 ENE-ABR 2009 ISSN 1657-9267
- [41] MEJIA J, CARMONA G. ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO, FACTORES ASOCIADOS. REV. MED. INST. MÉX. SEGURO SOC. IMSS (MÉX) VOL. 33, NO. 5, 33:481-484.
- [42] GONZÁLEZ M.T. LANDERO H.R, AUTOEFICACIA Y ESCOLARIDAD COMO PREDICTORES DE LA INFORMACIÓN SOBRE VIH/SIDA EN MUJERES. REVISTA DE PSICOLOGÍA SOCIAL. 2003; 18(1): 61-70.
- [43] MARÍN R.F. RODRÍGUEZ M.M, APOYO FAMILIAR EN EL APEGO AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL. REV. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. 2001; 43 (4): 336-339.
- [44] LOURO B.I, MODELO DE SALUD DEL GRUPO FAMILIAR. REV CUBANA SALUD PÚBLICA [INTERNET]. 2005 [CITADO 22 NOV 2007]; 31 (4): [APROX. 5 P.]

15.- ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACION

Nombre del estudio: **“Comparación de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, con depresión en y sin tratamiento psicofarmacológico, de la consulta externa Nefrología”.**

Lugar y Fecha: México D. F., a _____ de _____ del 20____ *Número de registro:*

Justificación y objetivo del estudio: La depresión es un trastorno que se presenta con frecuencia en personas con enfermedad renal crónica, cuando no se trata, los síntomas pueden contribuir a un menor apego terapéutico en personas que se encuentran en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

El objetivo principal en esta investigación es medir y comparar la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con depresión en y sin tratamiento psicofarmacológico, en pacientes de la consulta externa Nefrología.

Procedimiento: A los pacientes de la consulta externa de Nefrología, se les aplicará por clínico, la escala de Beck para evaluar la presencia de depresión y la escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Así como otras encuestas para conocer sus características personales.

Posibles riesgos y molestias: por ser un estudio epidemiológico, no se pondrá en riesgo su vida, funcionalidad y salud mental.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: se le diagnosticará y tratará oportunamente el trastorno depresivo mayor y otras patologías psiquiátricas en caso de estar presentes.

Participación o retiro: usted podrá decidir participar en el estudio y en cualquier momento retirar su consentimiento para participar sin que esto repercuta en su atención médica.

Privacidad y confidencialidad: Se respetara con absoluta integridad el uso de sus datos personales de acuerdo a la ley Del IFAI DOF 05072010.

Beneficios al término del estudio: Conocer el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión en tratamiento y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis con diagnóstico de depresión sin tratamiento. Se podrá realizar más oportunamente el diagnóstico de depresión, mejorar la adherencia al tratamiento y se instaurara tratamiento con la finalidad de minimizar probables complicaciones.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Perla Isabel Beltrán López Colaboradores: Dr. Davis Cooper Bribiesca

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética

de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:

comision.etica@imss.gob.mx

El investigador responsable, me ha informado que se me brindara toda la privacidad y confidencialidad de mi participación en el presente estudio

Nombre y firma
consentimiento

Nombre y Firma de quien obtiene el

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma
firma

Nombre, dirección, relación y

INSTRUMENTOS

- **Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos**

La Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes Crónicos Basada en Comportamientos Explícitos es un instrumento al que se le realizó análisis factorial por el método de componentes principales y rotación varimax para determinar sus factores. Ha sido aplicado en población del Distrito Federal con hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades renales, entre otras. Su índice de fiabilidad alpha de Cronbach está por arriba de 0.91. Contiene 3 dimensiones con 7 ítems cada uno: a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos, b) Seguimiento médico conductual, y c) Autoeficacia. Todos los ítems con escala de respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento. Se entiende que más cercano al 100, el paciente es más adherente. En los ítems 20 al 24 los enunciados están descritos en sentido negativo, por lo tanto, la escala se invierte: 0 corresponde a 100, 10 a 90, 20 a 80 y así sucesivamente.

Los rangos para establecer el nivel de adherencia terapéutica son los siguientes: 0-33 puntos, baja adherencia; de 34-67, moderada adherencia; de 68-100, alta adherencia.³³

- **Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)**

La HADS está estructurada como una escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Esta breve escala consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de cero a siete normal, de ocho a diez dudoso, y de once o más problema clínico.³⁵

Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos

FECHA

Instrucciones: Elija una opción dentro de los cuadros y marque con una —Xo escriba con letra clara lo que se le pide en relación a los tres últimos meses. Le suplicamos contestar todas las preguntas. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Si tiene alguna duda, pregunte al encuestador.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿A qué género pertenece? Masculino_____Femenino_____

2. ¿Qué edad tiene? _____ años.

3. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero___Casado___Viudo___Divorciado___Unión libre___Otro,
especifique_____

4. ¿A qué se dedica actualmente

5. ¿Hasta qué grado escolar estudió?

6. ¿Con quién vive actualmente? Esposa (o) Hijo(s) Padres Hermana(o) Otro, especifique:

7. ¿Hace cuántos años le dijo el médico que usted padece Enfermedad renal crónica? _____

8. ¿desde hace cuando tiempo está en hemodiálisis? _____ .

9. En la actualidad el tratamiento que usted sigue es con (puede anotar más de una):

Medicamento _____

Dieta _____

Ejercicio _____

tes o hierbas _____ Ninguno _____ Otro, especifique _____

B. ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Instrucciones: En una escala del 0 al 100, qué calificación se pondría de acuerdo a qué tanto se asemeja lo que usted atiende su tratamiento y lo que dice el enunciado.

PREGUNTA ESCALA DEL 0 AL 100

10. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

11. No importa que el tratamiento sea por largo tiempo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
12. Me hago análisis clínicos en los periodos que el médico me indica.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
13. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
14. Asisto a mis consultas de manera puntual.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
15. Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud. 0 10 20
30 40 50 60 70 80 90 100
16. Estoy dispuesto a dejar algo placentero como por ejemplo dejar de fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
17. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
18. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
19. Después de haber iniciado un tratamiento para controlar mi enfermedad renal crónica, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
20. Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
21. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
22. Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
23. Cuando los síntomas desaparecen, abandono el tratamiento.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

24. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

25. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

26. Para que yo siga el tratamiento, es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

27. Me hago mis análisis clínicos periódicamente como me lo recomienda el médico, aunque no esté enfermo.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

28. Me inspira confianza que el personal de salud demuestren conocer mi enfermedad.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

29. Si sospecho que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

30. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

C. ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HAD)

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

3. Casi todo el día

2. Gran parte del día

1. De vez en cuando

0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes

1. No tanto como antes

2. Solamente un poco

- 3. Ya no disfruto con nada
- A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:
- 3. Sí, y muy intenso
 - 2. Sí, pero no muy intenso
 - 1. Sí, pero no me preocupa
 - 0. No siento nada de eso
- D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
- 0. Igual que siempre
 - 1. Actualmente, algo menos
 - 2. Actualmente, mucho menos
 - 3. Actualmente, en absoluto
- A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
- 3. Casi todo el día
 - 2. Gran parte del día
 - 1. De vez en cuando
 - 0. Nunca
- D.3. Me siento alegre:
- 3. Nunca
 - 2. Muy pocas veces
 - 1. En algunas ocasiones
 - 0. Gran parte del día
- A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:
- 0. Siempre
 - 1. A menudo
 - 2. Raras veces
 - 3. Nunca
- D.4. Me siento lento/a y torpe:
- 3. Gran parte del día
 - 2. A menudo
 - 1. A veces
 - 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “arvios y hormigueos” en el estómago:

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas