

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS,
LAMBAYEQUE 2012 – 2013**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

Bach. Jeanette Ivonne Montoya Fernández

Bach. José Fernando Suarez Chumacero

Chiclayo – Perú

2014

DEDICATORIA

A nuestros padres, porque con su apoyo logramos nuestras metas.

A nuestros maestros, por sus enseñanzas para nuestra vida profesional y personal.

Y a Dios, por estar siempre con nosotros.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros asesores, por su apoyo incondicional en la realización del presente trabajo de investigación. A las personas que nos apoyaron en la recolección de datos. A los directores de los centros de hemodiálisis por brindarnos facilidades para entrevistar a los pacientes. A los pacientes por todo lo que aprendimos de ellos.

INDICE

	Página
Resumen y abstract	1
I. INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	5
2. BASES TEÓRICO - CIENTÍFICAS	ea6
III. MATERIALES Y MÉTODOS	
1. TIPO DE ESTUDIO	8
2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	8
3. VARIABLES - OPERACIONALIZACIÓN	9
4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	10
5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	10
6. PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN	10
IV. RESULTADOS	11
V. DISCUSIÓN	16
VI. CONCLUSIONES	21
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
VIII. ANEXOS	27

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características epidemiológicas de la población estudiada

Tabla 2: Características clínicas de la Enfermedad Renal Crónica Terminal de los pacientes encuestados.

Tabla 3: Frecuencia de depresión y ansiedad según el grado funcional de Karnofsky.

RESUMEN

Objetivo: Estimar la frecuencia de Depresión y Ansiedad en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) en hemodiálisis. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal, con una población accesible de 319 pacientes con ERCT en hemodiálisis asegurados por EsSalud. Se realizó un muestreo no aleatorizado teniendo en cuenta una proporción esperada para ansiedad de 52.3%, obteniendo un tamaño muestral de 175 pacientes. Se captó a los participantes antes de la sesión de hemodiálisis donde se utilizó una ficha de recolección de datos que incluyó variables demográficas y datos clínicos. Se aplicó la escala de valoración funcional de Karnofsky y las escalas de Zung para depresión y ansiedad. **Resultados:** La mediana de edad fue de 59 años ($P_{25}=51$ años, $P_{75}=67$ años). El 60% (105/175) fueron de sexo masculino. Se encontró una frecuencia de depresión de 62,3% (109/175); siendo leve en un 83,5% (91/109), moderada en 14,7% (16/109) y severa en 1,8% (2/109). La ansiedad estuvo presente en el 69,7% (122/175), siendo leve en 40,2% (49/122), moderada en 26,2% (32/122) y severa en 33,6% (41/122). **Discusión:** Se encontraron frecuencias de depresión y ansiedad superiores a las reportadas en la literatura. Es importante tener en cuenta estas patologías psiquiátricas en el manejo de los pacientes con ERCT.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Insuficiencia Renal Terminal Hemodiálisis.

ABSTRACT

Objective: To estimate the frequency of depression and anxiety in patients with End-Stage Renal Disease (ESRD) in hemodialysis. **Materials and Methods:** We carried out a descriptive cross sectional study. The accessible population was 319 patients with ESRD in hemodialysis from EsSalud. We conducted a non-randomized probabilistic sample, considering an expected prevalence for anxiety of 52.3%, a confidence level of 95% and precision of 5%, obtaining a sample of 175 patients. We used a data collection sheet that clinical included demographic and clinic data. We used the Karnofsky Performance Status Scale and the scales of Zung for anxiety and depression. **Results:** The median of age was 59 years ($P_{25}=51$ years, $P_{75}=67$ years). The 60% were male. We found a frequency of depression of 62,3%; mild: 83,5%, moderate: 14,7% and severe: 1,8%. The prevalence of anxiety was 69,7%; mild: 40,2%, moderate: 26,2% and severe: 33,6%. **Discussion:** We found frequencies of depression and anxiety higher than what has been reported in the literature. This could be explained because of many of the symptoms that these scales evaluate are similar to the symptoms of end-stage renal disease. It is therefore important to consider these psychiatric disorders in the management of patients with ESRD.

Key words: Depression, Anxiety, Chronic Kidney Failure, Hemodialysis.

I. INTRODUCCIÓN

La hemodiálisis afecta significativamente la vida de los pacientes, física y psicológicamente. La influencia de la familia, la competencia laboral, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento de remplazo renal, pueden afectar la calidad de vida del paciente de forma negativa.¹

De acuerdo al Registro Latinoamericano de Trasplante Renal y Diálisis de 20 países de la región, para el 2006, existía una prevalencia de terapia de remplazo renal de 473 por millón de personas, y de acuerdo a su crecimiento sostenido según reportes desde 1991, se esperaba una prevalencia de 630 casos por millón de personas para el 2010. Así mismo se reporta que 59.2% utiliza hemodiálisis, 20.4% diálisis peritoneal y 20.4% trasplante renal.²

Para el Perú, existía una tasa de prevalencia de terapia de remplazo renal de 244.04 por millón de personas siendo la hemodiálisis la modalidad más utilizada con una prevalencia de 167.36 personas por millón (68.6%).² Al realizar una búsqueda sistemática, no se encontraron datos sobre la situación de la terapia de remplazo renal en el Departamento de Lambayeque.

Los pacientes en hemodiálisis sufren de varios problemas de fondo que normalmente no son evaluados. Uno de los más frecuentes es la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, que tiene una frecuencia elevada en pacientes con enfermedades crónicas

observándose que varía desde 9,3% a 15,5%.³ Esta frecuencia se eleva incluso más en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) observándose frecuencias entre 20 y 67,5%.⁴

Se plantea que la depresión y ansiedad podrían estar relacionadas con la ideación suicida y la pobre calidad de vida de los pacientes con ERCT en hemodiálisis.¹ Esto último debido a las condiciones que el mismo procedimiento de la diálisis supone como la dependencia permanente a la atención médica por la necesidad de acudir rutinariamente a sesiones de diálisis; así como restricciones de determinados alimentos y de fluidos.⁵

Asimismo, la depresión y la ansiedad podrían complicar el tratamiento de la enfermedad renal por su relación con la disminución de adherencia al tratamiento.⁶ Incluso se ha encontrado relación entre la severidad de los síntomas depresivos y una peor adherencia a las restricciones dietéticas del tratamiento de los pacientes con ERCT.⁷ Finalmente, por ello es fundamentado que la depresión en estos pacientes suponga un aumento, mayor al 20%, de la tasa estimada de mortalidad comparada con el promedio de pacientes que no sufren esta patología psiquiátrica. Incluso la depresión es causante del aumento de estas tasas, en estadios tempranos de la Enfermedad Renal Crónica.⁸

Teniendo en cuenta el impacto que pueden tener la depresión y ansiedad en pacientes con ERCT en hemodiálisis realizamos un estudio con el objetivo de estimar la frecuencia de Depresión y Ansiedad y describir las características clínicas y epidemiológicas en pacientes con ERCT en hemodiálisis en el departamento de Lambayeque durante los años 2012 – 2013.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Múltiples estudios han evaluado la correlación entre el tiempo de hemodiálisis (años recibiendo la terapia de remplazo renal) y la aparición o empeoramiento de patología psiquiátricas. Se ha hallado que en la mayor proporción de pacientes con ERCT en hemodiálisis, los síntomas depresivos empeoran en el tiempo, no habiéndose aún encontrado una asociación significativa. No se ha encontrado tampoco esta posible asociación con síntomas ansiosos.^{9, 10.}

Una de las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con ERCT es la anemia. Se ha observado que la presencia de anemia está asociada a la presencia de sintomatología depresiva en los pacientes en hemodiálisis. ($p = 0,023$).¹¹

Un estudio chileno contrastó el grado de funcionalidad de los pacientes con ERCT según Karnofsky y otras escalas que medían síntomas ansioso – depresivos encontrado comparaciones significativas.¹² No se ha encontrado estudios donde se asocie la depresión y ansiedad y el grado funcional según Karnofsky en estos pacientes.

La medición de la calidad de la hemodiálisis (dosis de diálisis), se puede realizar mediante el cálculo del Kt/V ^{13, 14} Una diálisis de calidad evitaría todos los síntomas del síndrome urémico por acumulación sobretodo del nitrógeno ureico en sangre (BUN), los

cuales podrían estar relacionados con la aparición y la gravedad de la depresión y ansiedad.¹⁵

2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

La enfermedad renal crónica se define como una disminución de la función renal evidenciada por una filtración glomerular o aclaramiento de creatinina disminuidos (< 60 ml/min/1.73 m²), o la presencia de daño renal por al menos tres meses. Dentro de sus principales causas se encuentra la hipertensión arterial y la diabetes, enfermedades de alta prevalencia mundial. Se cataloga como ERCT a la presencia de filtración glomerular < 15 ml/min/1.73 m² correspondiente al estadio 5 y que como consecuencia requiere terapia de reemplazo renal.¹⁶

Dentro de las modalidades de reemplazo renal, en nuestro medio se emplea la diálisis peritoneal y la hemodiálisis. La hemodiálisis consiste en hacer circular la sangre a través de una vena arterializada del paciente (fístula) hacia un filtro de diálisis que permite eliminar sustancias de desecho de la sangre, y la sangre libre de toxinas regresa al organismo a través de una vena canulada. Este proceso es lento, y generalmente toma de 3 a 4 horas, 3 veces por semana.¹⁷

Se define como depresión a la pérdida del placer acompañado de síntomas psicosociales, somáticos y de comportamiento. Algunos de los síntomas asociados a depresión son: tristeza, inhibiciones emocionales, falta de energía, disturbios del sueño, disminución de la concentración, sentimiento de culpa y pensamientos suicidas o de muerte.¹⁸

Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos, en el que al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. Además se asocian a síntomas como: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Además provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del individuo.¹⁹

III.MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo trasversal.

2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población está constituida por 319 pacientes asegurados por EsSalud. Se aplicó un muestreo no aleatorio, teniendo en cuenta listas de los pacientes en hemodiálisis, durante el período de estudio, brindadas por el servicio de Nefrología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) de EsSalud y tres clínicas nefrológicas con servicio de hemodiálisis asociadas a esta institución, que accedieron a ser partícipes del estudio.

Así, con un tamaño poblacional de 319, una proporción esperada para ansiedad de 52.3%⁴, un nivel de confianza de 95%, y una precisión de 5%, resultó una muestra de 175 pacientes. Se utilizó la frecuencia de ansiedad para el calculo muestral, debido a que esta producía el mayor número muestral en comparación a la frecuencia de depresión. Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó el programa Epidat versión 3.1.

Se incluyeron pacientes en hemodiálisis por más de 3 meses, residentes del departamento de Lambayeque, que confirmaron su participación en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. Se excluyeron aquellos pacientes con alteración

hemodinámica o del nivel conciencia durante la entrevista que le impidiese responder la encuesta.

3. VARIABLES - OPERACIONALIZACIÓN

Nombre de la variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Dimensión	Indicador	Valores	Unidades de medida
Edad	Cuantitativa Discreta	Razón	Demográfica	-	-	Años
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Demográfica	Masculino Femenino	-	-
Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal	Demográfica	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado	-	-
Grado de Instrucción	Cualitativa Politómica	Ordinal	Demográfica	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	-	-
Ocupación	Cualitativo dicotómico	Nominal	Laboral	Empleado Desempleado	-	-
Índice de Karnofsky	Cualitativa	Ordinal	Funcional	De acuerdo al puntaje	10,20,30,40, 50, 60, 70, 80, 90, 100	-
Tiempo en Hemodiálisis	Cuantitativa Continua	Razón	Clínica	-	-	Años, meses
Depresión	Cualitativa Politómica	Ordinal	Psiquiátrica	Normal, Leve, Moderado, Severo	<49, 50 – 59, 60 – 69, 70 a más	-
Ansiedad	Cualitativa Politómica	Ordinal	Psiquiátrica	Normal, Leve, Moderado, Severo	<45, 45 – 59, 59 – 74, 75 a más	-
Causa de IRCT	Cualitativa Politómica	Nominal	Clínica	HTA, DM, Autoinmune, Obstructiva, Congénita Infecciosa, Neoplásica, Idiopática, otras.	-	-
Hemoglobina	Cuantitativo	Razón	Clínica	-	-	g/dl
KTV	Cuantitativo continuo	Razón	Clínica	Insuficiente Buena	<1,2 ≥1,2	-

4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se elaboró una ficha de recolección de datos que incluyó variables demográficas y datos clínicos como: tiempo en hemodiálisis en meses, causa de la ERCT, valores de hemoglobina y Kt/V. Estos valores fueron los correspondientes al mes en el que se realizó la entrevista de cada paciente.

Además, se valoró el estado funcional mediante la escala de valoración funcional de Karnofsky (S: 86%, E: 87%).²⁰ Para la valoración de depresión y ansiedad aplicamos las escalas de Zung de Depresión y Ansiedad (S: 94.7%, E: 67%, VPP: 37.5%, VPN: 98.4%).²¹ La entrevista fue realizada a los pacientes en cada institución antes de la realización de la hemodiálisis. Se presentó el estudio a cada individuo y se les invitó a participar mediante el llenado de la encuesta y la firma de un consentimiento voluntario.

5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se evaluaron las frecuencias, así como las medidas de tendencia central y dispersión de las variables de acuerdo a su tipo, usando Microsoft Office Excel 2007.

6. PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y fue aceptado por cada una de las instituciones donde se llevó a cabo la investigación.

IV.RESULTADOS

La mediana de edad de los pacientes encuestados fue de 59 años; ($P_{25}=51$, $P_{75}=67$), con un rango de edad de 19 a 85 años. En la tabla 1, presentamos las características epidemiológicas de estos pacientes.

Tabla 1. Características epidemiológicas de la población estudiada

	n	%
Total de pacientes	175	
Sexo		
Masculino	105	60,0
Femenino	70	40,0
Estado Civil		
Casado	116	66,3
Soltero	28	16,0
Conviviente	17	9,7
Viudo	10	5,7
Divorciado	4	2,3
Grado de Instrucción		
Analfabeto	11	6,3
Primaria	57	32,6
Secundaria	66	37,7
Superior	41	23,4
Empleado		
Sí	113	64,6
No	62	35,4

Referido a las características clínicas de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (tabla 2); la mediana de tiempo en tratamiento con hemodiálisis fue de 36 meses ($P_{25}=16$ meses, $P_{75}=72$ meses) con un rango de 3 a 336 meses. Se observó que la principal causa de ERCT fue la diabetes mellitus (34,9% -61/175-), seguida de la hipertensión arterial (29,1% - 51/175-). La calidad de la diálisis, evaluada mediante el Kt/V, fue óptima en todos los pacientes ($Kt/V \geq 1.2$).

Tabla 2. Características clínicas de la Enfermedad Renal Crónica Terminal de los pacientes encuestados.

Causa de ERCT*	n	%
Diabetes mellitus	61	34,9
Hipertensión arterial	51	29,1
Obstructiva	19	10,9
Infecciosa	6	3,4
Congénita	5	2,9
Neoplásica	1	0,6
Autoinmune	0	0
No filiada	15	8,6
Otra	17	9,7

*ERCT: Enfermedad Renal Crónica Terminal.

Sobre el objetivo principal del estudio; encontramos una frecuencia de depresión de 62,3% (109/175); siendo leve en un 83,5% (91/109), moderada en 16,0% (16/109) y severa en 1,8% (2/109). La ansiedad estuvo presente en el 69,7% (122/175), siendo leve en 40,2% (49/122), moderada en 26,2% (32/122) y severa en 33,6% (41/122). El 50,9% (89/175) de los pacientes tuvieron depresión y ansiedad a la vez.

Evaluamos la frecuencia de estas patologías según el sexo, y encontramos que la frecuencia de depresión fue de 51,4% (54/105) y 78,6% (55/70) en el sexo masculino y femenino respectivamente, siendo en la mayor proporción de casos leve (96,3% -52/54- y 70,9% -39/55- respectivamente). La ansiedad tuvo una frecuencia en el sexo masculino de 73,3% (77/105), y en el femenino de 64,3% (45/70). Pero de predominio leve en sexo masculino (51,9% -40/77-) y severa en el femenino (55,6% -25/45-).

Tabla 3. Frecuencia de depresión y ansiedad según el grado funcional de Karnofsky.

	Grado Funcional de Karnofsky						
	A*		B**		Valor “p”	C***	
	(145 pacientes)		(29 pacientes)			(1 paciente)	
	n	%	n	%		n	%
DEPRESIÓN							
Total	90	62,1	18	62,1	0,83	1	100
Leve	77	85,6	13	72,2	0,29	1	100
Moderada	12	13,3	4	22,2	0,54	-	-
Severa	1	1,1	1	5,6	0,75	-	-
ANSIEDAD							
Total	100	69	21	72,4	0,88	1	100
Leve	42	42	6	28,6	0,37	1	100
Moderada	29	29	3	14,3	0,26	-	-
Severa	29	29	12	57,1	0,03	-	-

* **Karnofsky A²⁰**: Capaz de llevar a cabo actividad física normal una parte del tiempo. No requiere cuidados especiales.

** **Karnofsky B²⁰**: Incapaz de trabajar. Capaz de vivir en casa y de cubrir la mayoría de necesidades personales. Requiere un grado variable de asistencia.

*** **Karnofsky C²⁰**: Incapaz de cuidar de sí mismo. Requiere cuidados especiales de forma permanente en hospital.

Evaluamos el grado funcional de los pacientes según Karnofsky y obtuvimos que el nivel funcional más frecuente fue el A (que incluye valoraciones de 100%-70%) ²⁰, encontrándose en el 82,9% (145/175) de los pacientes; seguido del nivel funcional B (valores entre 60% y 50%) ²⁰ en un 16,57% (29/175). La frecuencia de depresión y

ansiedad, el grado de estas patologías y su relación al grado funcional según Karnofsky se representan en la tabla 3.

La frecuencia de depresión en pacientes con un empleo fue de 56,6% (64/113), siendo leve en 79,7% (51/64), moderada en 18,8% (12/64) y severa en 1,6% (1/64). En este grupo de personas la frecuencia de ansiedad fue de 63,7% (72/113), siendo de grado leve en 37,5% (27/72), moderada en 27,8% (20/72) y severa en 34,7% (25/72). Las frecuencias de depresión en pacientes desempleados fue de 72,6% (45/62), y fue de grado leve en el 88,9% (40/45), moderada en el 8,9% (4/45) y severa en el 2,2% (1/45). Por último la ansiedad en estos pacientes tuvo una frecuencia de 80,6% (50/62), y fue de grado leve en 44,0% (22/50), moderada en 24,0% (12/50) y severa en 32,0% (16/50).

El 42,9% (75/175) de los pacientes tuvieron anemia (Hemoglobina \leq 11g/L). Observamos una frecuencia de depresión y ansiedad de 57,3% (43/75) y 72,0% (54/75) respectivamente en estos pacientes. En los pacientes no anémicos la frecuencia de depresión y ansiedad fue de 66,0% (66/100) y 68,0% (68/100) respectivamente.

En pacientes con diabetes como etiología de la ERCT (34,9% -61/175-), se encontró depresión y ansiedad en el 70,5% (43/61) y 63,9% (39/61) respectivamente; mientras que en pacientes no diabéticos las frecuencias fueron 57,9% (66/114) y 72,8% (83/114).

En pacientes en hemodiálisis por un tiempo menor o igual a 5 años (74,9% -131/175-), la frecuencia de depresión fue de 61,8% (81/131) y de ansiedad fue de 67,2% (88/131). En

el resto de pacientes se encontró depresión en el 63,6% (28/44) y ansiedad en el 77,3% (34/44).

V. DISCUSIÓN

Nuestro trabajo comparte poblaciones parecidas con un estudio realizado en Lima, en cuanto a variables demográficas, socioeconómicas y clínicas: edad, grado de instrucción, estado civil, el desempeño de actividades laborales, las principales causas de ERCT y el tiempo en hemodiálisis por lo que se esperaba encontrar prevalencias de depresión y ansiedad muy similares, además de ser estudios del mismo país, donde las realidades de la terapia de remplazo renal son semejanzas. Encontramos una frecuencia de depresión de 62,3%, similar a lo hallado en dicho estudio, que reporta depresión en el 61,4% de los pacientes⁷. Sin embargo se observaron diferencias con respecto al grado de depresión: leve en un 83,5% de nuestros casos, que se contrasta con lo reportado en otros estudios: 29%¹⁰ y 30.7%⁷. Las diferencias pueden atribuirse a que se emplearon instrumentos diferentes para la valoración de depresión.

La frecuencia de ansiedad encontrada en nuestro estudio (69,7%), diferente a la reportada en el mismo estudio limeño antes mencionado (52.3%)⁷. Ambos estudios emplean la escala de Zung para la valoración de ansiedad. Se debe considerar que en ese estudio solamente se incluyeron paciente con Karnofsky tipo A ($\geq 70\%$) mientras que en el nuestro se incluyeron pacientes con Karnofsky tipo A, B y C. Sin embargo la prevalencia de ansiedad en los pacientes con Karnofsky A en nuestro estudio fue de 69,0%.

En búsqueda de factores asociados a las altas frecuencias de depresión y ansiedad en nuestros pacientes, comparamos estas frecuencias con un grupo de pacientes pertenecientes a una de las instituciones donde realizamos nuestra investigación. Encontramos valores muy similares de depresión y ansiedad (57,8% y 65,2% respectivamente) en pacientes con *diabetes mellitus* tipo 2 atendidos en consulta externa. Suponemos entonces que patologías degenerativas crónicas como la ERCT y la *diabetes mellitus* suponen condiciones semejantes para causar altas frecuencias de estas patologías psiquiátricas.²²

Así mismo, a pesar de las difíciles condiciones que la ERCT y la hemodiálisis pueden suponer; se encontraron mayores frecuencias de las patologías psiquiátricas en estudio en pacientes con diagnóstico de fibromialgia atendidos en la misma ciudad de origen de nuestros pacientes. En estos pacientes con fibromialgia se encontraron frecuencias de depresión y ansiedad de 96,2% y 92,3%, respectivamente; muy por encima de las que nosotros hallamos.²³ Tal parece que el dolor corporal difuso crónico asociado a una alteración en mecanismos neurofisiológicos son los principales condicionantes de estas diferencias en la depresión y ansiedad.²⁴

No se han encontrado prevalencias de depresión y ansiedad en población general en el departamento de Lambayeque para realizar la comparación con nuestra muestra.

Se debe tener en cuenta, que varios síntomas que se describen en los test de Depresión y Ansiedad pueden ser atribuidos a la misma enfermedad renal por lo que podría fundamentarse altas prevalencias de estas patologías psiquiátricas.²¹

En nuestro trabajo se encontró que a los pacientes que pertenecían al grupo B de Karnofsky tuvieron ligeramente, mayores frecuentes de ansiedad y un aumento además de las formas severas, comparadas con el grupo de pacientes con Karnofsky A, siendo sin embargo estos resultados, estadísticamente no significativos ($p > 0,05$), con excepción de el grado severo de ansiedad ($p = 0,03$) Estas diferencias serían fácilmente explicables por el grado funcional y la dependencia para ciertas actividades básicas y necesidad de cuidados médicos adicionales que poseen los pacientes con Karnofsky B. No obstante, no se han encontrado trabajos en la literatura que demuestren esta asociación en pacientes con ERCT en hemodiálisis por lo que supondría un tema que podría ser ampliado en otros estudios.

La depresión y el grado severo de la ansiedad fueron mayores en el sexo femenino comparado con el masculino (78,6% vs 51,4% y 55,6% vs 20,8% respectivamente). Esto puede explicarse por la mayor predisposición de las mujeres de sufrir desórdenes psiquiátricos como la depresión y la ansiedad.²⁵

La depresión y ansiedad fueron mayores en los pacientes que no desarrollaban actividades laborales. Esto podría explicarse por la dependencia económica de estos pacientes, además que por estar desempleados pudieron haber pertenecido al grupo de pacientes de mayor edad o con peor valoración funcional según Karnofsky.

El nivel de hemoglobina promedio fue de 11,1 g/dl diferente al reportado en otros estudios: 7.7 g/dl.⁷ A pesar de la sintomatología que la anemia puede causar en los pacientes con ERCT como la astenia, mayor fatigabilidad y la disnea de esfuerzo, encontramos una mayor frecuencia de depresión en los pacientes con hemoglobina mayor o

igual a 11 g/dl (66,0% vs 57,3%, respectivamente; $p = 0,31$), contrario a lo descrito en la literatura donde se menciona que la depresión se relacionarse con niveles bajos de hemoglobina.¹¹ No hemos podido encontrar explicación a esta diferencia, aparte del uso de diferentes instrumentos en la medición de la depresión.²⁶

La depresión fue mayor en el grupo de pacientes con diabetes asociada. Esto comparte relación con un estudio chileno, donde padecer diabetes suponía una diferencia significativa en un peor puntaje en el componente mental que incluía sintomatología ansioso – depresiva.¹² La posible explicación son las complicaciones crónicas de la diabetes como la disminución de la agudeza visual, eventos cardiovasculares y la neuropatía periférica diabética que supondrían un gran deterioro en la calidad de vida de estos pacientes.

Se ha descrito una mayor proporción de pacientes con depresión a medida que mayor es el tiempo en tratamiento con hemodiálisis.^{9, 10} Esto también fue encontrado en nuestra población. Esto es probablemente explicado por el deterioro físico que la ERCT y la hemodiálisis y sus efectos adversos suponen; además de una menor esperanza de vida conforme pasan los años tras diagnosticada esta etapa terminal.

Según datos de un estudio limeño sólo un 62,5% tuvieron una diálisis adecuada tomando en cuenta las tasas de reducción de urea,⁷ comparada con el 100% de los pacientes que si tuvieron una diálisis de calidad en nuestro trabajo. Una mejor diálisis supondría una menor incidencia del síndrome urémico reduciéndose las condiciones favorecedoras de la aparición de depresión y ansiedad.¹⁵ Sin embargo, no se pudo realizar

asociación entre la calidad de diálisis y la sintomatología ansiosa y depresiva puesto que todos los pacientes tuvieran una diálisis adecuada.

Dentro de las limitaciones del estudio están que no se encontró la validación de la escala de valoración funcional de Karnofsky para pacientes en hemodiálisis, pese que es ampliamente utilizada en estos pacientes.²⁷ Un estudio menciona que la escala de Zung de Ansiedad ha sido validada en nuestra población²⁸; sin embargo, no se tuvo acceso a esta información por lo que recomendamos realizar una validación adecuada de instrumentos para la valoración de depresión y ansiedad en nuestro medio para realizar un estudio más fidedigno de estas patologías.

La depresión y ansiedad son patologías psiquiátricas muy frecuentes en los pacientes con ERCT en hemodiálisis en Lambayeque. Todo esto a pesar de contar con sesiones programadas de hemodiálisis de buena calidad. Es necesario por tanto el manejo de estos pacientes desde un punto de visto biopsicosocial con constante apoyo de especialistas en psicología o psiquiatría puesto que esto ayudaría a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** La depresión y ansiedad son patologías psiquiátricas con frecuencia elevada en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal en hemodiálisis en Lambayeque.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chen CK, TsaiYC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*. 2010; 51(6): 528-534.
2. Cusumano AM, Gonzales MC, García-García G, Maury S, Lugon JR, et al. Latin American Dialysis and Renal Transplant Registry: 2008 Report (data 2006). *Clin Nephrol*. 2010; 74(1): 3-8.
3. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient Experiences of Depression and Anxiety with Chronic Disease: A Systematic Review and Qualitative Meta-Synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013; 13(16): 1-33.
4. Santiváñez Y, Santiváñez V, Battilana CA. Trastornos emocionales más frecuentes en pacientes en hemodiálisis crónica. *Diagnóstico*. 1987; 19(2): 37-45.
5. Millán R. Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis. *Rev Colomb Psiquiat*. 2009; 38(3): 522-533.

6. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med.* 2000; 160(14): 2101-2107.
7. García FW, Fajardo C, Guevara R, Gonzáles V, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: Papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología.* 2002; 22(3): 245-252.
8. Kellerman QD, Christensen AJ, Baldwin AS, Lawton WJ. Association Between Depressive Symptoms and Mortality Risk in Chronic Kidney Disease. *Health Psychol.* 2010; 29(6): 594–600.
9. Bossola M, Ciciarelli C, Conte G, Antocico M, Rosa F, Tazza L. Symptoms of depression and anxiety over time in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol.* 2012; 25(5): 689-98.
10. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL. Course of Depression and Anxiety Diagnosis in Patients Treated with Hemodialysis: A 16-month Follow-up. *CJASN.* 2008; 3(6): 1752-1758.
11. Saeed Z, Ahmad AM, Shakoor A, Ghafoor F, Kanwal S. Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2012; 23(1): 946-52.

12. Zúñiga C, Dapuetto J, Müller H, Kirsten L, Alid R, Ortiz L. Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario "Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". Rev med Chile. 2009; 137(2): 200-207.
13. Depner T. Hemodialysis adequacy: Basic essentials and practical points for the nephrologist in training. Hemodial Int. 2005; 9(3): 241-54.
14. National Kidney Foundation. 2006 Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations. USA: KDOQI; 2006.
15. Vanholder R, De Smet R, Glorieux G, Argilés A, Baurmeister U, y cols. Review on uremic toxins: Classification, concentration, and interindividual variability. Kidney International, 2003; 63(1): 1934–1943.
16. Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología; 2004; 24(6): 27-34.
17. Páez A, et al. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. Univ Psychol Bogotá. 2009; 8(1): 117-124.
18. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vásquez C. Depresión. [Online] España, 2006 [acceso mayo 2011] Guías clínicas 2006; 6(11). Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>

19. Castro C, Alberdi J. Ansiedad generalizada. [Online] España, 2010 [acceso mayo 2011] Guías clínicas 2010; 10(14). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/ansiedad.asp>
20. Hollen PJ, Gralla RJ, Stewart JA, Chin C, Bizette GA, et al. A prospective comparison of Karnofsky (KPS) with ECOG performance status in patients with non-small cell lung cancer (NSCLC): A COMET group study investigating sensitivity and specificity issues important in clinical decision making. *J Clin Oncol.* 2005; 23(16): 813-8.
21. Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Barros-Bermúdez JA. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, *Rev Colomb Psiquiatr.* 2005; 34(1): 54-62.
22. Constantino AE, Bocanegra M. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2011. [Tesis para acceder al título de Médico Cirujano] [Chiclayo - Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
23. Alvarado JG, Montenegro KA. Asociación entre Depresión y Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales del Distrito de Chiclayo. [Tesis para acceder al título de Médico Cirujano] [Chiclayo - Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
24. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M. Revisión Narrativa: La fisiopatología de la Fibromialgia. *Ann Intern Med.* 2007; 146(1): 726-734.

25. Mazure CM, Keita GP, Blehar MC. Summit on Women and Depression: Proceeding and recommendations. Washington, DC: American Psychological Association. 2002. Available at: <http://www.apa.org/pi/women/programs/depression/summit-2002.pdf>
26. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol*; 2007; 2(3): 484-490.
27. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira LA, et al. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics (Sao Paulo)*. 2011; 66(6): 991-995.
28. Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en la población de Lima Metropolitana. Primer Informe Técnico. INSMHD-HN. 1983.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Prevalencia de Depresión y Ansiedad y Características Clínicas y Epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis, en el Departamento de Lambayeque, durante los años 2012 – 2013.

Código: _____

Fecha: _____

I. Datos Epidemiológicos

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Conviviente ()

Grado de instrucción: Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior ()

Ocupación: Administración y finanzas () Profesionales en Salud () Técnicos () Comercio y ventas () Agricultores y pesqueros () Operadores de instalaciones y maquinaria () Policía y fuerzas armadas () Ama de casa () Desempleado ()

II. Datos Clínicos:

Causa de ERCT:

HTA () DM () Autoinmune () Obstructiva () Congénita () Infecciosa () Neoplásica () Idiopática ()

Tiempo en hemodiálisis: _____

Índice de Karnofsky: _____

Hemoglobina: _____

KTV: _____

Depresión: Normal () Leve () Moderado () Severo ()

Ansiedad: Normal () Leve () Moderado () Severo ()

ANEXO 2



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Prevalencia de Depresión y Ansiedad y Características Clínicas y Epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis, en el Departamento de Lambayeque, durante los años 2012 – 2013.

Código: _____

Fecha: _____

ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad.	
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad	
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad.	
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo.	
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo.	
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día.	
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día.	
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo.	
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo.	
10	Moribundo.	
0	Fallecido.	

ANEXO 3



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Prevalencia de Depresión y Ansiedad y Características Clínicas y Epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis, en el Departamento de Lambayeque, durante los años 2012 – 2013.

Código: _____

Fecha: _____

ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN

	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
Me siento triste y decaído				
Por las mañanas me siento mejor				
Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
Me cuesta mucho por la noche				
Como igual que antes				
Aún tengo deseo sexual				
Noto que estoy adelgazando				
Estoy estreñado				
El corazón me late más rápido que antes				
Me canso sin motivo				
Mi mente está tan despejada como siempre				
Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
Tengo confianza en el futuro				
Estoy más irritable que antes				
Encuentro fácil tomar decisiones				
Siento que soy útil y necesario				
Encuentro agradable vivir				
Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto				
Me gustan las mismas cosas que antes				

ANEXO 4



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Prevalencia de Depresión y Ansiedad y Características Clínicas y Epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis, en el Departamento de Lambayeque, durante los años 2012 – 2013.

Código: _____

Fecha: _____

ESCALA DE ZUNG PARA ANSIEDAD

	Siempre	Algunas veces	Muchas veces	Rara vez
Me siento más ansioso y nervioso de lo normal				
Siento miedo sin ver razón para ello				
Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor				
Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar				
Siento que todo me va bien y nada malo me va a suceder				
Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan				
Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda				
Me siento débil y me canso con facilidad				
Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente				
Siento que mi corazón late con rapidez				
Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento				
Tengo períodos de desmayo o algo así				
Puedo respirar bien, con facilidad				
Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y pies				
Me siento molesto por los dolores de estómago o indigestiones				
Tengo que orinar con mucha frecuencia				
Mis manos las siento secas y cálidas				
Siento que mi cara enrojece y me ruborizo				
Puedo dormir con facilidad y descansar bien				
Tengo pesadillas				

ANEXO 5



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Prevalencia de Depresión y Ansiedad y Características Clínicas y Epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis, en el Departamento de Lambayeque, durante los años 2012 – 2013.

HOJA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

La presente investigación es conducida por estudiantes de medicina humana del 5° año de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo:

- Jeanette Montoya Fernández
- Fernando Suarez Chumacero

El objetivo de este estudio es Evaluar la prevalencia de Depresión y ansiedad y las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis en el HNAAA durante el año 2012.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirán responder algunas preguntas para recolección de datos en una ficha elaborada por los estudiantes a cargo. Todo este proceso tomará aproximadamente **10 minutos de su tiempo**.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista y los tests serán codificadas y por lo tanto, serán **ANÓNIMAS**.

Esta investigación no presenta riesgo alguno, que atente contra la vida del participante. La participación es totalmente gratuita y usted tendrá acceso a la información de los resultados cuando desee.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación y puede retirarse del proyecto cuando desee sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Información de contacto:

Jeanette Montoya Fernández

Telf: 979948589 Correo electrónico: jeanettemontoyafernandez@hotmail.com

Fernando Suarez Chumacero

Telf: 969422990 Correo electrónico: fernando_fsch@hotmail.com

ANEXO 6



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

Prevalencia de Depresión y Ansiedad y Características Clínicas y Epidemiológicas de pacientes con ERCT en hemodiálisis, en el Departamento de Lambayeque, durante los años 2012 – 2013.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he leído la hoja informativa que me ha entregado el investigador.

He recibido suficiente información sobre el estudio y he podido hacer preguntas.

He hablado con: _____ (nombre del investigador).

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones y sin que esto ocasione problema alguno para mi persona.

Presto libremente mi conformidad para participar en este estudio:

Nombre del Participante:

DNI:

Fecha: _____

Firma del Participante