

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

**Prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas:
Estudio comparativo entre pacientes con Insuficiencia Renal
Crónica en Hemodiálisis y Pacientes con Diabetes Mellitus.**

Johanna Isabel Muriel Aguayo

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Doctor en
Medicina y Cirugía.

Quito, Diciembre 2007

© **Derechos de autor**

Johanna I Muriel Aguayo.

2007

Dedicatoria.

Este trabajo, lo dedico a Dios, por haberme permitido existir, y poder conocer lo maravillosa que es la vida, y todas las bondades que la misma tiene, así como permitirme servir a través de la medicina a la humanidad.

Agradecimientos.

Primero que todo quiero agradecer a Dios, por haberme permitido llegar a este momento tan importante y trascendente en mi vida. A toda mi familia, primero a mis padres Raúl y Carmen por su apoyo, amor y comprensión, porque muchas veces se vieron afectadas por mis jornadas de estudio y trabajo que no conoce horario, pero pese a ello me llevaron siempre adelante. A mis hermanos quienes con su alegría me permitían superar cada nuevo día, de mi carrera.

A mis maestros, por haberme recibido y aceptado, y por demostrarme que no es necesario solo conocimiento teórico para poder enfrentarse a un paciente, sino también un trato afectuoso, y la virtud de escuchar, comprendiendo así que: “el profesor, sabe, enseña...y el maestro sabe y ama... y sabe que el amor esta por encima del saber y que solo se aprende de verdad lo que se enseña con amor”, aprendiendo así, que el respeto no se gana por el titulo, sino por la calidad de persona que se pueda llegar a ser.

Resumen.

Introducción: La depresión es común entre los pacientes con enfermedades crónicas. Dos grupos totalmente vulnerables son los pacientes con insuficiencia renal en diálisis y los pacientes diabéticos. La importancia de la presencia de depresión, en estos pacientes radica, en la mala calidad de vida de los mismos, y la mala convivencia con sus respectivas enfermedades.

Los porcentajes de prevalencia de depresión en los pacientes en hemodiálisis es de aproximadamente en un rango de 10^a 66%, mientras que en los pacientes diabéticos es 3.3% mas que en la población general.

Objetivo: EL objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de depresión en estos dos grupos de pacientes, para al constatar la presencia de la enfermedad sugerir una adecuada ayuda al paciente por el personal que trabaja con ellos.

Materiales y Métodos: Se realizo un estudio transversal, observacional comparativo entre pacientes en hemodiálisis de dos unidades de la ciudad y los pacientes diabéticos de consulta externa. A cada uno de ellos se le realizo el test de Hamilton para la depresión. Utilizando el puntaje se los clasifíco en distintos grupos según la severidad de depresión. Con estos datos, se analizaron los resultados en el paquete estadístico SPSS, obteniéndose distintas medidas de frecuencia y test como Chi Cuadrado, para encontrar la significancia estadística de las diferencias encontradas.

Resultados: SE encontró que, el 65.8% de pacientes que se realizaron hemodiálisis presentó depresión; mientras que en los pacientes diabéticos presentaron depresión un 34.2%. El riesgo (odds ratio), que se calculó para los dos grupos fue de 2.76. Los pacientes en hemodiálisis tienen un riesgo estimado de 1.60 de tener depresión, y los pacientes diabéticos un riesgo estimado de 0.58, con un intervalo de confianza de 95 % y una $p < 0.05$. Además, en los pacientes en hemodiálisis hay 2.8 veces mas probabilidades de presentar depresión que en los pacientes diabéticos. En cuanto a los niveles de depresión se encontró que en el nivel de depresión leve: en los pacientes en hemodiálisis se encontró un valor de 34% vs. 15. % de los pacientes diabéticos. Depresión moderada: fue de un 13. % en los pacientes en hemodiálisis frente a un 10% en los pacientes diabéticos. Depresión mayor : se encontró en el 1% de los pacientes en hemodiálisis, y en ningún paciente diabético .Todas estas observaciones, fueron estadísticamente significativas (0.005) eliminando así de este modo que estas diferencias no fueron por la casualidad.

Conclusiones: , la importancia de conocer la prevalencia de la depresión en estos pacientes, ayudara para establecer un sistema de apoyo a los mismos, teniendo siempre en cuenta que la depresión puede presentarse y la misma ser un factor confusor, para un control inadecuado de la enfermedad, o de una mejoría muy lenta.

Abstract.

Introduction: Depression is a disease very common among patients who have chronic diseases like an end stage renal disease and diabetes.

Is important to know, that the presence of depression in diabetic people and haemodialysis patients can modified the quality of life and a poor outcomes.

The depression prevalence in haemodialysis patients have a range between 10 to 66%, while in the diabetic patients is 3.3%, more than the general population.

Objective: The major goal of this study was to know the prevalence of depression among these two groups of patient, looking for an adequate help to the patient through the care personal.

Methods and Materials: In this study the following assessment study was used: Hamilton Scale. This instrument was employed to gather data from 200 patients who are diabetics and who are treated with haemodialysis. The different levels that I found were separate and were analyzed using SPSS software.

Results: It was reported that 65.8% of patients who are treated with haemodialysis had depression vs. 34.2% of the diabetic patients. The odds ratio, were 2.76

The patients in haemodialysis have 2.8 more risk than the diabetic patients to present depression. ($p < 0.05$).

In other hand, the percentages in relation to the different levels of depression the results were 34 % (haemodialisys) vs. 15. % (diabetics) for mild depression, ($p < 0.001$; OR 0.343) 13. % vs. 10% to moderate depression ($p < 0.32$); the percentage for major depression was 1% only in the ESRD patients.

Conclusion: Finding of this study suggests that know about the prevalence of depression is important because this is correlated directly with impaired quality of life. Incorporating a Standard assessment of depression into the personal that care patients may provide a means to improve quality of life in this patient population.

Tabla de contenidos.

Introducción.....	2
Justificativo.....	9
Objetivos.....	10
Metodología.....	11
Resultados.....	15
Discusión.....	22
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
Referencias Bibliograficas.....	29
Anexos.....	36

Introducción.

Los problemas psiquiátricos son comunes en el grupo de los pacientes con enfermedades crónicas que entre la población general. Un gran ejemplo de estos pacientes son los portadores de Diabetes y Enfermedad renal en etapa terminal.

La Insuficiencia renal crónica, es caracterizada por una disminución marcada de la filtración glomerular y la evidencia histológica de la reducción de la población de nefronas. El curso clínico de la misma es una pérdida progresiva de la función renal llevando con el tiempo a la Enfermedad renal terminal. Sin embargo, el tiempo entre el inicio de la enfermedad y el llegar a la etapa Terminal, variará según cada paciente.[1,2]

Actualmente en Estados Unidos se estima que existe una prevalencia de 16.8% de adultos de 20 años o más con Insuficiencia renal crónica, según el estudio NANHES III. [3]

La definición de falla renal crónica, esta definida por un filtrado glomerular < de 60 mL/min./1.73 m² por tres o más meses.

La clasificación de los estadios de la IRC, según el estudio (K/DOQI) 'The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative', que es la clasificación que se utiliza actualmente, menciona los siguientes estadios:

Estadio 1: Daño renal con un FG normal o incrementado (>90 mL/min./1.73 m²).

Estadio 2: Leve reducción en el filtrado (60-89 mL/min./1.73 m²)

Estadio 3: Reducción Moderada en el FG (30-59 mL/min./1.73 m²)

Estadio 4: Reducción Severa en el FG (15-29 mL/min./1.73 m²)

Estadio 5: Falla Renal (GFR <15 mL/min./1.73 m² o diálisis) [4]

La prevalencia de la insuficiencia por estadio es la siguiente:

Estadio 1.- 5.7%,

Estadio 2.- 5.4%;

Estadio 3.- 5.4%

Estadios 4/5.- 0.4%.

Por grupos de edad, en todos los estadios es mas prevalente entre personas mayores o iguales a 60 años de edad y se presenta en un 39.4%; en el grupo de pacientes entre los 40 – 59 años la prevalencia es de 12.6% y en el grupo entre los 20 – 39 años de edad es de un 8.5%. [3]

La Enfermedad Renal Terminal, tiene como definición el punto irreversible del deterioro de la función renal, con el cual la vida no puede ser sostenida por más tiempo. [1,2]

Los pacientes con insuficiencia renal usualmente presentan síntomas cuando el filtrado glomerular es menor de 10 ml/min. La uremia es el síndrome que afecta a cada órgano y sistema. El síndrome uremico es la consecuencia de la combinación de factores, que incluyen moléculas retenidas, deficiencias de hormonas importantes y factores metabólicos, más que de la toxina uremica en si. La urea suele causar síntomas de fatiga, nausea, vomito y dolores de cabeza. El producto de su metabolismo que realmente causa daño es el cianato, debido a que este puede

carbámlar lipoproteínas y péptidos, con efectos adversos que llevan a la disfunción multiorgánica.

Otros productos del metabolismo de las proteínas ya sean endógenas o exógenos también están incrementados en la falla renal, estos suelen inhibir la acción de la alfa 1 hidroxilasa, llevando a la deficiencia en la producción de calcitriol, causando hiperparatiroidismo secundario. Es de este modo que los niveles elevados de hormona paratiroidea pueden implicar muchas otras manifestaciones de la uremia.

[2]

Debido al daño renal, se puede tomar distintas soluciones como el trasplante y la diálisis, dependiendo de las condiciones físicas y sociodemográficas del paciente.

La diálisis viene del vocablo griego *lysis* que significa disolución; en si es el proceso empleado para separar cristaloides y coloides en solución aprovechando la diferencia de sus índices de difusión a través de una membrana semipermeable; los cristaloides pasan rápidamente y los coloides lo hacen con mucha lentitud o no pasan. [5]

La historia de la diálisis se puede decir, que tiene sus inicios en 1830, con Thomas Graham.

Este científico, realizo varios experimentos con coloides y cristaloides, filtrados a través de un pergamino tensado de origen vegetal, observando que al cabo de un tiempo solo los cristaloides filtraban la membrana. Después, utilizo orina y demostró que la materia cristaloides de la orina se filtraba al agua, pero en el fondo después de que esta se evaporaba quedaba un polvo blanco, como la urea, llamando a este proceso diálisis. Pero, fue después en el año de 1913 cuando John Abel realizaron la primera diálisis en animales, llamando al proceso riñón artificial, tardando hasta 1926

cuando el Dr. George Haas, aplicó el proceso en el ser humano, fue bien tolerada, pero no se la utilizaba de forma clínica. En los años cuarenta, se aceptó el procedimiento, pero tuvo muchos problemas técnicos y de salud. En 1955, la diálisis se aplicaba excepcionalmente, pero debido a su utilidad en el año de 1960 Quinton y Scribner, adaptaron un shunt externo que se acoplaba en la arteria y vena de los pacientes, siendo así que en la ciudad de Seattle en 1961, existió la primera unidad de diálisis en la historia.

Pese, al éxito alcanzado por el shunt usado, existían problemas para los pacientes, en cuanto al cuidado de la misma, fue cuando en el año de 1966 Cimino y Brescia describieron la Fístula Arteriovenosa, resolviendo así procesos infecciosos y tromboticos y obteniendo a su vez un flujo sanguíneo adecuado.[6]

Con los avances científicos alcanzados, se creó de esta manera dos tipos distintos de diálisis, según el acceso.

Así tenemos el acceso a la circulación, y a la cavidad peritoneal, siendo la primera la hemodiálisis y la segunda la diálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal, consiste en la inserción quirúrgica de un catéter en la cavidad peritoneal, donde se difundirán los solutos, utilizando al peritoneo como membrana.

La hemodiálisis, como fue previamente descrita utiliza transporte conectivo, a través de la fístula arteriovenosa, creada quirúrgicamente, de preferencia en el antebrazo, valiéndose de el flujo de contracorriente, ya que el circuito extracorpóreo fluye en la dirección opuesta al flujo sanguíneo. Este intercambio contracorriente mantiene un máximo gradiente de concentración a través de la membrana y aumenta la eficacia de la diálisis. [7,8].

El criterio actual para realizar diálisis es el que el paciente tenga un filtrado glomerular menor de 15 ml/min en los pacientes con diabetes, y, de 10 ml / min en los pacientes sin diabetes.

La Diabetes Mellitus, es un síndrome que consta de componentes, vasculares, neuropáticos y metabólicos, caracterizada por hiperglicemia crónica y desequilibrio en el metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas. La hiperglicemia, resulta de defectos en la secreción de la insulina o en su acción o los dos. En si la Diabetes es una afección que incluye a las células pancreáticas beta, el hígado y los tejidos periféricos blanco, como los músculos esqueléticos y el tejido adiposo. El músculo esquelético es resistente a la acción de la insulina, por defectos en los receptores. La disfunción de las células Beta, ocasiona una baja producción de insulina, la cual produce hiperglicemia. Un rol potencial de muchas hormonas también tienen una relación importante en la patogénesis de la diabetes, tales como las adipocininas, ácidos grasos libres, los cuales participan en el metabolismo anormal de la glucosa y del tejido adiposo. [9]

La prevalencia de la diabetes a nivel mundial esta alcanzando proporciones de epidemia, actualmente el número de personas con diabetes es mayor a 150 millones y se calcula que podría ser de 300 millones de personas para el 2025; dentro de las mayores causas que predisponen, se encuentran la obesidad y estilos de vida sedentarios. [10]

Es importante tener claro el significado de depresión, debido a que la sintomatología depresiva se encuentra comúnmente en los pacientes con diálisis. El síndrome de depresión clínica consiste en la presencia de síntomas que incluyen: anhedonia, sentimientos de tristeza, culpa, desesperanza, etc., acompañados de cambios en el sueño, apetito y libido. [11]

De acuerdo al Manual Diagnóstico y de Estadísticas (DSM IV), la depresión se caracteriza por nueve síntomas principales. Dos de ellos son: el humor deprimido y la pérdida de interés y placer, estos son llamados los síntomas cardinales, y al menos uno debe estar presente en el diagnóstico de depresión mayor. Si se tiene una respuesta positiva para cualquiera de estos dos síntomas, se continúa indagando sobre los otros 7 síntomas según el DSM IV. Cuatro de estos, incluyen síntomas somáticos (físicos), como son cambio en el sueño, cambio en el apetito o peso, falta de energía o fatiga y agitación o retardo psicomotor, muchos de los cuales se suelen confundir con los síntomas de la enfermedad actual del paciente.

Los últimos tres síntomas son síntomas cognitivos o mentales, que incluyen: pobre concentración, baja autoestima o sentimientos de culpa y pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Para hacer el diagnóstico de síndrome de depresión mayor, deben estar presentes cinco o más de estos nueve síntomas, incluyendo uno o ambos síntomas cardinales, durante cada día por al menos las dos últimas semanas y este debe causar distress o disfunción. [12]

Como podemos ver, la depresión se caracteriza por manifestaciones cognitivas como somáticas. Las características somáticas tienen gran similitud con los síntomas de uremia, como anorexia, desequilibrios del sueño, fatiga, problemas gastrointestinales, sobrecarga de volumen y dolor. [13]

De igual manera, suele suceder en los pacientes diabéticos que tienen depresión, pero no tienen un buen control de su enfermedad. Pero, tanto en los pacientes renales y diabéticos, nunca se puede descartar la depresión como la causante de los síntomas.

Es así, que en un estudio realizado se encontró que el 90% de casos de depresión fueron reconocidos, aunque muchos síntomas se atribuían a la diabetes [14]

En los pacientes dializados, también se ha demostrado depresión, es así, que un estudio mostró que los problemas psiquiátricos en los pacientes dializados son de 31%, y es la depresión mayor uno de los más comunes dentro de esta población. La incidencia de depresión en los pacientes con diálisis es variable con un rango de 10 a 66%. [14]

De acuerdo a un estudio con una muestra significativa de pacientes con diabetes, la incidencia de el síndrome de depresión en un seguimiento de 12 meses fue mayor sobre la incidencia de la población general, es decir un 9.3% versus 6.0%. [10]

La depresión en los pacientes de diálisis frecuentemente no es reconocida, algunas veces se encuentra enmascarada con deterioro funcional, anorexia y falla en la mejoría a largo plazo. [15]

En los pacientes diabéticos la depresión se asocia con resultados negativos que incluyen: mala concentración, disminución en la motivación y energía; menos

actividad; control malo de glicemias, un bajo nivel de adherencia al tratamiento, aumento del riesgo de complicaciones propias de la diabetes, y en si una pobre calidad de vida, involucrando a esto también mas gastos en los sistemas de salud.

[10]

Justificativo.

La importancia de realizar este estudio, es el tratar de conocer la prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades crónicas, en este caso en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica quienes se realizan hemodiálisis y en los pacientes con Diabetes Mellitus y de este modo buscar, si existe asociación de la enfermedad con otras variables sociodemográficas.

Con los resultados que se obtenga, se pretenderá sugerir una adecuada relación de ayuda al paciente con depresión asociada a enfermedad crónica, para de esta forma mejorar la convivencia con sus enfermedades respectivas y su calidad de vida.

Objetivo General

El objetivo del estudio es el conocer la prevalencia de depresión en los pacientes que padecen de una enfermedad crónica, tal como es el caso de los pacientes con diabetes mellitus tipo II sin IRC y los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica IRC) en Hemodiálisis.

Objetivos Específicos.

- a) Obtener la prevalencia de depresión en los pacientes con IRC que se encuentren en tratamiento con hemodiálisis.
- b) Obtener la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitas tipo II sin IRC.
- c) Realizar comparaciones con algunas variables obtenidas en cada uno de los grupos

Materiales y métodos.

Para la investigación se realizó un estudio transversal observacional comparativo.

Variables / Criterios de Inclusión / Instrumentos para la Entrevista.

Para el estudio se tomo en cuenta las siguientes variables: que incluyeron edad, género, estado civil, nivel de estudio.

Los criterios de inclusión que se utilizaron fueron: todos los pacientes IRC en tratamiento con hemodiálisis y que no se encontraban al momento hospitalizados y todos los pacientes que acuden a la consulta externa de endocrinología, sin importar las edades, género, de los participantes en cada grupo.

Que no presenten previamente trastornos psiquiátricos.

Para evaluar la depresión en los pacientes se utilizó la escala de Hamilton para la depresión. (Anexo 1)

La escala de Hamilton, muestra gran sensibilidad, para detectar depresión. [5] Esta es una escala que consta de 17 ítems heteroaplicados que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. El marco de referencia temporal es de los últimos días. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de la puntuación.

La gravedad se la interpreta de la siguiente manera:

0-7 No depresión, 8-12 depresión leve, 13-17 depresión moderada,
18-29 depresión mayor y de 30-52 depresión grave.

Reclutamiento de Pacientes y Colección de datos.

El grupo de población que se utilizó fue: los pacientes de dos centros de diálisis de la ciudad, el uno el del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) y el otro la Unidad Renal particular Baxter.

Para los pacientes diabéticos, la población que se incluyó fue la de los pacientes que acuden a la consulta externa de Endocrinología del HCAM.

En cuanto a los pacientes en hemodiálisis en el Centro de Diálisis del Hospital Carlos Andrade Marín, el investigador reclutó pacientes en cada uno de los tres distintos turnos que hay por día. El centro tiene 12 máquinas y varía el número según cada turno; como cada paciente tiene tres sesiones por semana, el investigador estudió el horario de cada uno para no repetir a los mismos pacientes. Después, de haber solicitado la autorización respectiva para realizar el estudio, el investigador empezó a tomar los datos.

Cada entrevista, tomó aproximadamente un tiempo de diez minutos. En este centro de diálisis, no existió ningún paciente que se haya negado, pero de los 53 pacientes entrevistados existieron 6 pacientes, que quedaban fuera del grupo, debido a que se encontraban hospitalizados.

En el centro renal privado Baxter, después de haber solicitado la autorización para realizar el estudio respectivo, el proceso de entrevistas fue similar ya que existían de igual forma tres turnos, el investigador preguntó a cada paciente si quería colaborar con la encuesta que sería utilizada solo para fines de este estudio, existiendo toda la confidencialidad del caso. En esta unidad, de los 55 pacientes entrevistados hubo 2 pacientes que se negaron, debido a que mencionaron que ya le

habían hecho otra encuesta. El tamaño de la muestra fue de 108 pacientes, de los cuales participaron del estudio 47 pacientes del HCAM y 53 pacientes de Baxter.

Para los pacientes diabéticos, después de haber solicitado el permiso en el área de docencia del hospital, para realizar el estudio el investigador acudió al área de la consulta externa de Endocrinología desde la hora en la que se entregan los turnos a los pacientes, hasta el último horario de atención de la consulta.

Mientras los pacientes esperaban, el investigador invitó a cada paciente, a colaborar con la encuesta, que sería utilizada para este estudio, dependiendo el tipo de paciente el tiempo por encuesta aproximado, variaba entre 5 a 15 minutos. De este grupo se entrevistó a 110 pacientes de los que existieron solo 2 pacientes que se negaron a participar en el estudio, y 8 del grupo no cumplían con los criterios de inclusión, en especial por presentar trastornos psiquiátricos.

Análisis Estadístico.

Con todos los datos obtenidos, se procedió a elaborar una base de datos, que incluyó a todas las variables demográficas por un lado, la presencia de depresión y sus distintos niveles y el tipo de enfermedad del paciente.

Para las variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes.

En cuanto a las variables continuas se calcularon promedios con sus desviaciones estándar. Para las comparaciones grupales de variables categóricas se calculará la razón de productos cruzados con su intervalo de confianza del 95% o la prueba de Ji al cuadrado. Para las comparaciones grupales de variables continuas se utilizó la prueba de Anova. Un valor P menor o igual que 00.5 se consideró como estadísticamente significativo.

Todos estos resultados serán analizados en el paquete estadístico SPSS.

Cálculo del Tamaño de la Muestra.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el Epi Info V 6.04. A continuación se describen los parámetros que se utilizaron:

Diseño del estudio: corte transversal

Tamaño de la población: infinito

Nivel de confianza: 95%

Prevalencia del factor de estudio depresion: 50%

Nivel de error tolerable: +/- 10%

Tamaño de la muestra requerida: 96 pacientes en cada grupo

Resultados.

Población del Estudio.

Un total 200 pacientes, se obtuvo para el estudio. 100 pacientes con diabetes tipo II y 100 pacientes con IRC en hemodiálisis, excluyendo todos los pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión.

De los 100 pacientes con IRC en hemodiálisis participaron en el estudio 47 pacientes del HCAM y 53 pacientes de Baxter.

De los pacientes con diabetes el 43% fueron del género masculino y el 57% del género femenino y del grupo de los pacientes con IRC en diálisis fueron 57% del género masculino y 43% del género femenino. En el total de la muestra fue de un 50% del género masculino y un 50% del género femenino, (Tabla #1)

En cuanto a la variable de estado civil en el total de la muestra se encontró, que un 13.5%, pertenecían al grupo de los solteros, un 67% casados, 2% a los de unión libre, 11% de viudos, 4.5% a los divorciados y un 2% de separados. (Tabla #1)

En cuanto a la variable de instrucción de los pacientes, se encontró que un 34% de los pacientes tienen instrucción primaria, un 38% secundaria, un 24.5% superior y 3% son analfabetos.

Tabla # 1. Variables demográficas y presencia de depresión, según tipo de pacientes.

Variable	Pacientes Diabéticos	Pacientes en Hemodiálisis.	Total En el grupo de pacientes	P
Masculino	43%	57%	50%	
Femenino	57%	43%	50%	
Total	100	100	100	0.033
Solteros	9.0%	18%	13.5%	
Casados	64%	70%	67.0%	
Viudos	17%	5.0%	11.0%	
Separados	3.0%	1.0%	2.0%	
Divorciados	6.0%	3.0%	4.5%	
Unión Libre	1.0%	3.0%	2.0%	
Total	100	100	100	0.025
Primaria	35%	33%	34%	
Secundaria	42%	35%	38.5%	
Superior	20%	29%	24.5%	
Analfabeto	3%	3.0%	3.0%	
Total	100	100	100	0.503
Ausencia de Depresión	75%	52.0%	63.5%	
Leve	15%	34.0%	24.5%	
Moderada	10.0%	13.0%	11.5%	
Grave	0%	0%	0%	
Total	100%	100%	100%	0.05

La edad de los pacientes en el total de la muestra tiene un rango máximo de: 85 años y un mínimo de 19 años, obteniéndose un promedio de edad 58.2 años +/- 14.7 DE.

En los pacientes de hemodiálisis, el rango de edad máxima fue de 77 años y el mínimo de 19 años, obteniéndose un promedio de 50,72 años.+/- 13.9 DE

En los pacientes diabéticos, se obtuvo rango máximo de 85 y una mínima de 34 años, con un promedio de edad de 65.71 años.+/- 11.3 DE.

Esta diferencia de edades entre los dos grupos, tiene una p de 0.00, que es estadísticamente significativa.

Presencia de Depresión.

En cuanto a los resultados de depresión, se encontró que del 100% de `pacientes, el 65.8% de pacientes que se realizaron hemodiálisis presentó depresión; mientras que en los pacientes diabéticos presentaron depresión un 34.2%. La p que se obtuvo fue de 0.001, que es estadísticamente significativo.

En los pacientes en hemodiálisis hay 2.8 veces más probabilidades de presentar depresión que en los pacientes diabéticos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (IC 95%: 1.5- 5.0). (Tabla #3)

Tabla # 2.

Riesgo Estimado de presentar depresión entre Pacientes diabéticos vs. Pacientes en Hemodiálisis.

	Valor	95% Intervalo de Confianza
--	-------	----------------------------

		Inferior	Superior
Odds Ratio	2.769	1.521	5.041

Niveles de depresión.

Depresión leve: en los pacientes en hemodiálisis se encontró un valor de 34% vs. 15. % de los pacientes diabéticos; con un valor p de 0.001 y un OR de 0.343, siendo una diferencia estadísticamente significativa.

Depresión moderada: fue de un 13. % en los pacientes en hemodiálisis frente a un 10% en los pacientes diabéticos; la diferencia no fue estadísticamente significativa p 0.32, OR 0.74.

Depresión mayor: se encontró en el 1% de los pacientes en hemodiálisis, y en ningún paciente diabético, obteniendo de esta manera una p de 0.5 y OR 0.99.

En ninguno de los dos grupos se encontró depresión grave. (Tabla #1)

En cuanto al cruce de variables se encontró que por género hay mayor presencia de depresión es significativamente mayor en el género femenino. Los porcentajes respectivos fueron de un 39,7% de hombres con depresión vs. un 60.3% en las mujeres en todo el estudio. Valor (P 0.028)

El odds ratio de los hombres en comparación con las mujeres es de 0.52 con IC 95%.

Pero si dividimos por grupos de las dos distintas enfermedades, para ver presencia de depresión según sexo, podemos ver los siguientes resultados.

En el grupo de los pacientes en hemodiálisis un 26% de hombres presento depresión vs. un 22% de mujeres; con una p de 0.364, siendo esta una diferencia no significativa.

En cuanto a los pacientes diabéticos, se encontró que en un 7.0% del total de los hombres diabéticos, presento depresión vs. Un 38.6% de todas las mujeres diabéticas, con un valor p de 0.000, siendo esta una diferencia significativa.

Por otro lado, según cada nivel de depresión y sexo encontramos que las mujeres en los dos grupos, son las más afectadas en cada distinto nivel de depresión, teniendo además un riesgo mayor.

En el nivel de depresión leve, en los pacientes diabéticos se obtuvo un número mayor de casos femeninos con depresión, con una diferencia estadísticamente significativa. De igual manera fue para el grupo de los pacientes en hemodiálisis.

El riesgo entre los pacientes de sexo femenino en hemodiálisis, es de un 0.45 más de presentar depresión leve frente a los pacientes diabéticas.

Los hombres en hemodiálisis presentan un 0.16 veces mas de probabilidad de presentar depresión leve, que los pacientes diabéticos.

En el nivel de depresión moderada, en el grupo de los pacientes femeninos se encontró un valor p significativo frente a los pacientes de sexo masculino. A diferencia de los pacientes en hemodiálisis, en quienes no hubo significancia estadística. (Tabla # 3)

Entre los dos grupos, se encontró que las mujeres en hemodiálisis tienen un 1.6 más de riesgo de presentar depresión moderada que las pacientes diabéticas.

En cuanto a los pacientes de sexo masculino, se encontró que los pacientes en hemodiálisis presentan un 0.86 veces mas de riesgo de presentar depresión moderada, que los pacientes diabéticos. (Tabla # 3)

Para el grupo de pacientes con depresión mayor, se encontró solo en el grupo femenino de pacientes que se encuentran en hemodiálisis. (Tabla # 3)

Tabla # 3. Niveles de depresión por grupos.

Sexo	Casos Db	Valor de p en grupo diabéticos con depresión leve*	Casos HD	Valor de p en pctes hemodiálisis con depresión leve.**	OR^s
Masculino	3	0.045	18	0.0353	0.163
Femenino	12		16		0.45
Total	15		34		
		Valor de p en pctes diabéticos con depresión moderada*		Valor de p en pctes en hemodiálisis con depresión moderada**	
Masculino	0	0.002	8	0.48	0.86
Femenino	10		5		1.617
Total	10		13		
		Valor de p en pctes diabéticos con depresión mayor*		Valor de p en pacientes en hemodiálisis con depresión mayor**	
Masculino	0		0	0.43	—
Femenino	0		1		0.97

Total	0		1		
-------	---	--	---	--	--

***Valor P de hombres vs. mujeres con diabetes en cada distinto nivel de depresión.**

****Valor P de hombres vs. mujeres en hemodiálisis con cada nivel distinto de depresión.**

§ OR, Pacientes en hemodiálisis vs. diabéticos en mismo grupo de sexo.

En cuanto a la asociación de depresión con otras variables como, instrucción y estado civil, en el total de la muestra no se encontró diferencias significativas.

De igual manera, entre las dos unidades de diálisis, no se encontró que sea un factor que influya en la depresión de los pacientes.

Discusión

Este estudio, observó que las enfermedades crónicas son un factor determinante que incrementa el riesgo para presentar depresión, ya que, tanto los pacientes diabéticos de consulta externa sin insuficiencia renal, como los pacientes con IRC que se encuentran en hemodiálisis la presentaron; pero, se encontró diferencia entre los dos grupos ,es así que, se observó en el grupo de 100 pacientes con IRC en hemodiálisis que un 48% por ciento de depresión ; en relación al 25% que presentaron depresión en el grupo de los 100 pacientes que padecen diabetes mellitus tipo II.

La importancia de detectar la depresión en los pacientes en hemodiálisis es que la persistencia de los niveles de depresión se asocia con un riesgo mayor de muerte y de eventos cardiovasculares. [13]

En este estudio se demuestra la gran prevalencia del estado depresivo, dentro de los pacientes en hemodiálisis .La presencia de depresión afecta mucho la calidad de vida de los pacientes, siendo muchas veces el estado depresivo el que afecta más que el tratamiento en si. [15] De acuerdo a un estudio con una muestra significativa de pacientes con diabetes, la incidencia de el síndrome de depresión en un seguimiento de 12 meses es mayor sobre la incidencia de la población general, es decir un 9.3% versus 6.0%. [10]

En este estudio realizado en los pacientes en hemodiálisis se observó un 48% de prevalencia de depresión; este resultado lo podemos comparar, con el rango variable que muestran otros estudios, el cual es de 10 a 66% , de acuerdo al reporte de Lopes et al; en una muestra de 5356 pacientes encontró que un 20% de pacientes en hemodiálisis presentaron depresión estos porcentajes hacen pensar que en nuestra población se encuentra dentro del rango general en cuanto a la presencia de depresión, en comparación con los pacientes de otras unidades de diálisis internacionales. En este estudio, se utilizó solo presencia de depresión, sin niveles. [16] Por otro lado, en este mismo estudio se encontró que la depresión fue más prevalente en mujeres, gente joven y menos prevalente en casados. [16]. Y que esta en relación al estudio actual en el que también se observó que las mujeres tienen mayor tendencia a tener depresión. Este resultado, en este estudio no se encontró solo en el grupo de los pacientes en hemodiálisis, sino también en las pacientes de sexo femenino que tienen diabetes; con lo que vemos que tal vez el sexo femenino es un factor independiente para presentar depresión, sin importar el nivel de la misma.

En otro estudio en pacientes en hemodiálisis y diálisis peritoneal se encontró la prevalencia de síntomas depresivos en un 19 a 24% de los pacientes. (13) No así, en el estudio presentado donde se observó un 48 por ciento.

Otros valores de prevalencia de depresión en otros estudios, son entre el 5 al 30% dependiendo de la escala de depresión utilizada, o la selección de la muestra. [17]

De acuerdo al sistema de clasificación (IC-10), la tasa de episodios de depresión en los pacientes en hemodiálisis es de 13%. [18,19]

En otros estudios, donde se han utilizado el DSM-IV, se encontró en los pacientes en hemodiálisis un 35% de depresión. [20]

La razón por la que se encuentra estas diferencias en este estudio y los anteriores en primer lugar es por el tipo de escalas que se utilizó. Ya que en muchos se utilizó test de depresión autoaplicados, es decir llenados por los mismos pacientes, a diferencia de este estudio en el que se aplicó un test heteroaplicado. Por otro lado, en algunos de estos estudios fue un médico especialista, quien hizo el diagnóstico de depresión. En todos los estudios, se ve que cuando es el paciente quien llena la encuesta, o test, los valores tienden a incrementarse, debido a que muchas veces sobre estiman las preguntas o no las comprenden bien.

También podemos comparar los resultados de depresión según niveles en todo el grupo, con un estudio en la población general que utilizó la escala (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) de la OMS, encontrando en 12 meses un porcentaje de 10.4% para depresión leve, 38.6% moderada, 38% severa y un 12.9% muy severa.[21] En este estudio en el grupo total de pacientes se encuentra un 24.% de depresión leve, un 11.5% de moderada y un 0.5% de severa y 0% de muy severa. Estos resultados, no son comparables en primer lugar por que se utiliza una distinta escala, y son otro tipo de pacientes.

Se menciona que la prevalencia estimada de depresión entre los pacientes con diabetes es el doble que en la población general.

Según el estudio la epidemiología de la depresión, la prevalencia de depresión en el tiempo de vida de una persona es de 16.2% y en un tiempo de 12 meses es de 6.6%.

[21]

La importancia de destacar el hallazgo de depresión en los pacientes diabéticos es que; la depresión es el mejor predictor de síntomas comúnmente asociados con empeoramiento de control de la glucosa, como lo mencionan Lustman y colaboradores, en un meta análisis. [22,23].

Todos los síntomas depresivos han mostrado gran asociación de una percepción de salud física deteriorada y pueden imitar empeoramiento de síntomas de la diabetes, como fatiga o cambio del apetito.

Otros estudios han mostrado que la depresión tiene un impacto en la adherencia al tratamiento y en los costos en los sistemas de salud. [24]. Otro estudio, un meta análisis concluyó: que la depresión incrementa cualquier causa de mortalidad con un riesgo relativo de morir de 1.8 veces mas en los deprimidos que en los no deprimidos. [25]

Por otro lado, Winokur, et al, mostró que en los pacientes que tienen depresión, presentan un incremento en la resistencia a la insulina después de realizarse un test con glucosa oral, en relación a los pacientes no deprimidos. [26], La probable explicación para este fenómeno es que la depresión causa un aumento en la actividad simpática y alteraciones en los procesos de inflamación, los que pueden contribuir directamente a la hiperglicemia.[27].

En lo que respecta a los pacientes viviendo con diabetes en este estudio realizado se observó que el 25% de la totalidad de los pacientes diabéticos presentó depresión.

Los pacientes diabéticos tienen un 0.58% más de riesgo de presentar depresión, en relación con las personas que no presentan diabetes.

En el estudio realizado si se comprueba en forma significativa que las mujeres presentaron un porcentaje mayor de depresión en relación a los hombres (60.3% vs. 39.7%). teniendo las mujeres un riesgo de 1.36 más de probabilidad de tener depresión frente a los hombres. Así también, lo relaciona otro estudio al género femenino como factor independiente asociado con depresión. [22].

Como se menciona en los estudios, la depresión y su severidad en general están asociadas a mala adherencia al tratamiento y a la dieta, además es causa de un aumento en los costos de salud. [22, 24, 25,27].

Lustman , et al en un meta análisis determinan que un 41 a 58% de pacientes diabéticos que reciben un tratamiento adecuado para la depresión han logrado un buen control de su glucemia, el problema que existió en este meta análisis es que no existió suficiente homogeneidad, que provea datos adicionales que reflejen la asociación entre depresión e hiperglicemia [28].

Conclusiones

Los problemas psiquiátricos son comunes en el grupo de los pacientes con enfermedades crónicas que entre la población general. Un gran ejemplo de estos pacientes son los portadores de Diabetes y Enfermedad renal en etapa Terminal

La remisión de la depresión en los pacientes insuficientes renales en hemodiálisis y los pacientes diabéticos puede tener efectos benéficos en el mejor control y adherencia al tratamiento, calidad de vida y baja en los costos de los sistemas de salud .

Recomendaciones

Analizar la importancia del tratamiento antidepresivo es de interés para el estudio ya que los estudios sugieren que los antidepresivos mejoran el ánimo de los pacientes, y la mejoría en el ánimo esta asociada, con un control apropiado de la glicemia evitando el empeoramiento de las complicaciones.

El ejercicio es una intervención útil para prevenir la progresión de la pre diabetes a diabetes, es seguro, y eficaz y a parte tiene un valor profiláctico en contra de la recurrencia de depresión en los pacientes mayores con diabetes.

La terapia conductual ha demostrado que en los pacientes diabéticos con depresión que recibieron la terapia por diez semanas, presentaron remisión en un 85% y permanece libre de depresión un 70% en un lapso de seis meses. [25]

Referencias bibliográficas

1. Schrier R. Manual of Nephrology. 4th Edition. Little Brown and Company. 152,161-166. 1995
2. Andreoli T, Carpenter Ch, Griggs R, Loscalzo J. Cecil Essentials Of Medicine. 6th Edition. Saunders Elsevier. 301-310 2004.
3. Saydah S, M Eberhardt, et al. Prevalence of Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors United States, 1999 2004. <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/mm5608a2.htm> 20 Octubre del 2007.
4. Mauro Verelli, Chronic Renal Failure. <http://www.nih.gov/about/researchresultsforthepublic/kidney.pdf>. 20 Octubre 2007.
5. Fabaloro L. Gran Diccionario medico. 10^{ma} Ed. Editorial Antartida. Buenos Aires. Tres Tomos. 1995
6. Romero F. Evaluación de calidad en los servicios de diálisis. Tesis de Maestría.
7. Que es la hemodiálisis. <http://es.wikipedia.org/wiki>. 20 Octubre 2007.
8. Fístula de Cimino. [http://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADstula de Cimino](http://es.wikipedia.org/wiki/F%C3%ADstula_de_Cimino) 20 Octubre 2007.
9. Peters Harmel A, Mathur R. Davidson's Diabetes Mellitus Diagnosis and Treatment. 5th Edition. Saunders Elsevier. 1-10. 2004
10. Fonseca, V. Clinical Diabetes. Translating Research into Practice. 1th Edition. Saunders Elsevier. 269 – 279. 2006

11. Finkelstein F Finkelstein S. Depression in chronic dialysis patients:assessment and treatment. <http://ndt.oxfordjournals.org/cgi/reprint/15/12/1911>. 20 October 2007

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistica Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Text Revision Washington DC. American Psychiatric Association. 2000

13. Kimmel,P. Peterson R. Depression in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Dialysis: Has the Time to Treat Arrived?<http://cjasn.asnjournals.org/cgi/reprint/1/3/349> 20/octubre/2007

14. Alsuwaida A, Alwahhabi F. The diagnostic utility of self reporting Questionnaire (SRQ) as a screening Tool for Major Depression in Hemodialysis Patients http://www.sjkdt.org/temp/SaudiJKidneyDisTranspl174503_140633.pdf. 20/Octubre/2007

15. Weisbord S, Fried L, Arnold R, Fine M, Levenson D, Peterson R, Switzer R. Prevalence, Severity, and Importance of Physical and Emotional Symptoms in Chronic Hemodialysis Patients. <http://jasn.asnjournals.org/cgi/reprint/16/8/2487> 20 Octubre 2007.

16. Lopes A, Bragg J, Young Et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis,patients in USA and Europa. *Kidney Int* Jul,62 199 – 207. 2002

17. Tossani E, Cassano P, Fava M. Depresión and Renal disease. *Semen in diálisis*. 18

18. Sağduyu A, Sentürk V, Sezer S, Emiroğlu S, Özel S. Psychiatric Problems, Quality of Life, and Compliance in Patients Treated with Haemodialysis and Renal Transplantation. [http://www.turkpsikiyatri.com/C17S1/en/psychiatricProblems.p df](http://www.turkpsikiyatri.com/C17S1/en/psychiatricProblems.pdf). 20 octubre 2007.

19. . Sağduyu A, Özel S. Psychiatric Problems and Disability in Renal Transplant Candidates. *Turk Psikiyatri Derg*, 11(2): 103-112 .2000

20. Aghanwa HS, Morakinyo O 445-451. Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. *J Psychosom Res.* 1997.
21. Kessler R. et al. The epidemiology of Major Depressive Disorder. <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/289/23/3095>. 27 Noviembre 2007
22. Egede Le, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample. *Diabetes Care.* 26 104- 111 2003
23. Lustman P, et al. Depression and Poor glycaemic control. <http://care.diabetesjournals.org/cgi/reprint/23/7/934.pdf>. 20 October 2007.
24. Ciechanowski PS, Katon WJ Russo JE. Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function, and cost. *Arch Intern Med* 160 3278- 3285, 2000
25. Williams M, Clouse R, Lustman P. Treating Depression to Prevent Diabetes and Its Complications: Understanding Depression as a Medical Risk Factor. *Clinical Diabetes.* Vol 24. 2006
26. Winokur A, Maislin G, Phillips JL, Amsterdam JD. Insulin resistance after glucose tolerance testing in patients with major depression. *Am J Psychiatry.* 1988, 145 325 330
27. McCollum M, Ellis S, et al. Minor Depression and Health Status Among US Adults With Diabetes Mellitus. www.ajmc.com/files/articlesfiles/AJMC_febMcCollum_65to72.pdf. 20 October 2007.
28. Lustman P, Freedlank K, Griffith L, Clouse R. Fluoxetine for depression in diabetes: A randomized, double-blind, placebo- controlled trial. *Diabetes Care* 23:618–623, 2000

ANEXO 1

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESION

Edad: _____ Sexo: M F Escolaridad: P S sup. Estado civil S C V UL
APP

_____ 1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 Expresado solo tras búsqueda específica

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Expresado con expresión y actitud propensas al llanto

4 puntos - Verbalmente y con tendencia al llanto

_____ 2. Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

_____ 3. Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

_____ 4. Insomnio al principio de la noche

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

_____ 5. Insomnio en plena noche

0 puntos - Ausente.

1 punto - Sueño agitado y turbado.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

_____ 6. Insomnio matinal.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

_____ 7. Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - ninguna dificultad.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad profesional

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

_____ 8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

- 0 puntos – Palabra y pensamiento normales.
- 1 punto – Ligeramente retrasado en el diálogo.
- 2 puntos – Evidente retraso en el diálogo.
- 3 puntos – Diálogo difícil.
- 4 puntos – Estupor.

_____ 9. Agitación

- 0 puntos – Ninguna.
- 1 punto – “Juega” con sus manos, cabellos, etc.
- 2 puntos – Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

_____ 10. Ansiedad psíquica

- 0 puntos – No hay dificultad.
- 1 punto – Tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 puntos – Preocupación por pequeñas cosas.
- 3 puntos – Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
- 4 puntos – Terrores expresados sin preguntarle, llanto sin motivo.

_____ 11. Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- 0 puntos – Ausente.
- 1 punto – Discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivos)
- 2 puntos – Moderada.
- 3 puntos – Grave. (palpitaciones, cefalea)
- 4 puntos – Incapacitante.

_____ 12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0 puntos – Ninguno.
- 1 punto – Pérdida del apetito, come sin estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 puntos – Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal

_____ 13. Síntomas somáticos generales

- 0 puntos – Ninguno.
- 1 punto – Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.
- 2 puntos – Síntomas anteriores muy severos, se puntúa como 2 si está muy bien definido.

_____ 14. Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

- 0 puntos – Ausentes.
- 1 punto – Débiles.
- 2 puntos – Graves.
- 3 puntos – Incapacitantes.

_____ 15. Hipocondría

- 0 puntos – No la hay.
- 1 punto – Preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2 puntos – Preocupado por su salud.
- 3 puntos – Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.
- 4 puntos – Ideas delirantes hipocondríacas.

_____ 16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación SUBJETIVA)

- 0 puntos - No hay pérdida de peso.
- 1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.
- 2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

_____ **17. Toma de consciencia de enfermedad**

0 puntos – Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto – Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a la comida, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos – Niega estar enfermo.

Puntuación Total _____