

B) COMUNICACIONES BREVES DE INVESTTIGACIÓN O EXPERIENCIAS CLÍNICAS

Progresión de la enfermedad renal crónica. Prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante

Nefrología 2012;32(3):397-9
doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11379

Sr. Director:

La poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) afecta a las condiciones físicas de los pacientes y repercute en el estado emocional de quienes la padecen¹. La ansiedad y la depresión son los trastornos psicológicos que se han asociado con mayor frecuencia a las enfermedades renales crónicas (ERC)².

La depresión es un trastorno afectivo que se asocia con la emergencia de un sentimiento de pérdida que experimentan muchos pacientes con fallo renal al constatar que pierden autonomía, que padecen un deterioro en el desempeño físico y ven como se altera su rol familiar y laboral. Y, a pesar de ser el problema psicológico más común entre las personas con ERC, no se ha estudiado en profundidad en relación con las distintas etapas de la progresión de la enfermedad³.

El segundo perfil psicológico más asociado a la ERC, la ansiedad, se configura como una respuesta de alerta del organismo a situaciones que implican peligro, amenaza o novedad. Sin embargo, cuando la ansiedad se mantiene en ausencia del peligro, o no se puede hacer frente a éste, la ansiedad se convierte en patológica. Entonces se distorsiona la conducta⁴ del paciente, se desajusta su relación con el personal sanitario y con la familia, e incluso se altera el cumplimiento de las prescripciones médicas.

Además, padecer alguno de estos dos trastornos psicológicos en las primeras etapas de la ERC predice un elevado riesgo de mortalidad en los pacientes

en estadios más avanzados del trastorno renal⁵. Si bien la tecnología ha logrado disminuir la mortalidad de los pacientes con ERC, la presencia de depresión y ansiedad aumenta los riesgos de suicidios⁶.

Ahora bien, la alta prevalencia de depresión en pacientes con enfermedades renales crónicas está mediada por el solapamiento entre los síntomas físicos que medimos en la depresión y aquellos que experimentan los pacientes en diálisis, consecuencia de su alteración nefrológica. Dado que este solapamiento puede llevar a una sobrestimación de la prevalencia de este problema psicológico en pacientes renales, es preciso incrementar el rigor y la exactitud con vistas a un diagnóstico válido. Una forma de avanzar en esta línea es emplear el cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)⁴, tal como hicimos nosotros en el estudio que llevamos a cabo, ya que esta medida no contempla los síntomas físicos en el cómputo total para el diagnóstico de depresión, sino exclusivamente los síntomas cognitivos característicos de este trastorno afectivo⁷.

Por todo ello, llevamos a cabo una investigación con el objetivo de estudiar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con PQRAD. Además, nos propusimos relacionar los síntomas concretos de estos dos trastornos psicológicos con variables clínicas⁸.

Para el primer objetivo de nuestro estudio, calculamos las prevalencias de ansiedad y depresión para los pacientes con PQRAD (tabla 1). Así, las cifras de prevalencia de estos dos problemas psicológicos de las personas con PQRAD en hemodiálisis (HD) son menores que las encontradas en personas sin PQRAD en el mismo tratamiento (55,9% de pa-

cientes con depresión y 46,72% de pacientes con ansiedad). En cambio, las cifras de depresión estimadas para los pacientes que no están aún en HD se asemejan a las encontradas por Hedayati et al.⁹ Pero no podemos establecer comparaciones con la prevalencia de ansiedad de los pacientes que no están en HD debido a que no existen estudios que abarquen este tema.

Para el segundo objetivo, relacionar los síntomas concretos de estos dos trastornos psicológicos con dos variables clínicas (tiempo en HD y tiempo desde el diagnóstico), las previsiones eran más inciertas, ya que no hay estudios concretos que aborden este tema.

Un análisis pormenorizado de los ítems y de estas variables clínicas para explorar la relación de las puntuaciones en la escala HAD con estar o no en HD y con respecto al tiempo en HD y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico desveló algunas diferencias significativas.

Concretamente, encontramos que estar o no en HD influía en la sensación de lentitud e inquietud. Parece que el tiempo de permanencia en diálisis juega un papel importante en varios ítems del cuestionario (tabla 2). Así, como demuestran Watnick et al., los síntomas depresivos y ansiosos son más comunes al comienzo de la entrada en diálisis¹⁰.

Por el contrario, nos encontramos con que, cuando analizamos la sensación de lentitud (tabla 2), las puntuaciones en este ítem eran mayores en las personas que llevaban entre 2 años y 2 meses en y 22 años en HD, frente a los que solo llevaban entre 0 y 4 meses. Esta relación, contraria a la que encontramos con los ítems de ansiedad mencio-

Tabla 1. Relación puntuación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

	Depresión dudoso	Depresión	Ansiedad dudoso	Ansiedad
NO hemodiálisis (%)	5 (14,3%)	1 (2,9%)	6 (17,1%)	3 (8,6%)
Hemodiálisis (%)	6 (25%)	1 (4,2%)	5 (20,8%)	4 (16,7%)

nados arriba, se ve apoyada por diversos estudios que afirman que los pacientes que llevan más de un año con tratamiento en diálisis tienen mayor tendencia a la depresión¹¹.

Otro de los resultados sugiere que el tiempo que hacía desde que el paciente recibió el diagnóstico se relacionaba significativamente con tener la mente llena de preocupaciones y experimentar sentimientos repentinos de pánico (tabla 2). De esta manera, las puntuaciones eran mayores entre las personas que sabían que padecían PQRAD desde hacía entre 0 y 12 meses que en aquellos que hacía entre 14 y 25 meses que habían recibido la noticia. Consideramos que estos hallazgos confirman que las preocupaciones acerca de los problemas están más latentes conforme están más próximos en el tiempo.

En conclusión, nuestro estudio avala la idea de que las personas con PQRAD presentan una prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión más altas que en la población general¹², independientemente de estar en diálisis o no. Cre-

emos necesario que se realicen más estudios de investigación que consideren los aspectos psicológicos del paciente con PQRAD para atender sus necesidades biopsicosociales de la mejor manera posible. La identificación temprana de los problemas psicológicos, así como la delimitación del contexto, permite reducir las disparidades en el desarrollo y la progresión de la enfermedad renal a corto y largo plazo, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Agradecimientos

Este artículo se ha realizado gracias a la financiación del proyecto de investigación Análisis Genético y Evaluación Psicosocial de pacientes con Poliquistosis Renal Autosómica Dominante en la Provincia de Las Palmas, de la Caja Insular de Ahorros de Canarias (Caja de Canarias) y la Fundación Mapfre Guanarteme.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. Levenson J, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics* 1991;32(4):382-9.
2. Nejastisafa AA. Prevalence of depression and anxiety in medical and surgical inpatients: a systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry* 2007;2(4):181-5.
3. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end stage renal disease patients: Tools, correlates, outcomes and needs. *Semin Dial* 2005;18:91-7.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
5. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF 3rd, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms quality of life and mortality risk. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:306-12.
6. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in patients with end stage renal disease treated with dialysis: Has the time to treat arrived? *Clin J Am Soc Nephrol* 2006;1:349-52.
7. Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:29.
8. Pérez-Domínguez TS, Rodríguez-Pérez A, García-Bello MA, Buset Ríos N, García Bello MA, Pérez Borges P, et al. Avances en psiconefrología: poliquistosis renal autosómica dominante y calidad de vida. *Nefrología* 2011;31(6):716-22.
9. Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ. Validation of depression screening scales in patients with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009;54(3):433-9.
10. Watnick S, Kirwin P, Mahnensmith R, Concato J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003;41(1):105-10.
11. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001;16:1387-94.
12. Organización Mundial de la Salud. Manual de trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. CIE 10. Ginebra (Suiza): Meditor; 1992.

Tabla 2. Relación puntuación media de los ítems del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Ítems ansiedad	Hemodiálisis	NO hemodiálisis	p
Sensación de estar nervioso	1,125 ± 0,899	1,086 ± 0,853	0,788
Sensación de miedo	0,875 ± 1,116	0,543 ± 0,8168	0,058
Mente llena de preocupaciones	1,123 ± 1,116	1,029 ± 1,071	0,811
Capacidad de estar relajado	0,96 ± 0,999	1 ± 0,804	0,135
Sensación extraña en el estómago	0,5 ± 0,722	0,6 ± 0,736	0,478
Sensación de inquietud	1,125 ± 1,154	0,688 ± 0,758	0,006*
Ítems depresión	Hemodiálisis	NO hemodiálisis	p
Capacidad de disfrute	0,63 ± 0,647	0,4 ± 0,553	0,276
Capacidad de reírse	0,25 ± 0,505	0,26 ± 0,442	0,766
Sentirse alegre	0,67 ± 0,868	0,46 ± 0,561	0,304
Sensación de lentitud	1,208 ± 1,285	0,314 ± 0,676	0,004*
Pérdida de interés por la apariencia	0,625 ± 0,924	0,429 ± 0,778	0,381
Sensación de optimismo de cara al futuro	0,67 ± 0,816	0,60 ± 0,775	0,892
Capacidad de divertirse	0,58 ± 1,018	0,49 ± 0,853	0,463

Tais Pérez-Domínguez¹,
 Armando Rodríguez-Pérez²,
 Miguel A. García-Bello³, Nisa Buset-Ríos³,
 Francisco Rodríguez-Esparragón³,
 Yanet Parodis-López¹, José C. Rodríguez-Pérez⁴,
 HIRICARE*HIRICARE* *

*Unidad de Investigación, Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ¹ Centro de Hemodiálisis RTS-GranCanaria. Las Palmas de Gran Canaria ² Departamento de Psicología Social, Cognitiva y Organizacional. Universidad de La Laguna. La Laguna, Tenerife. ³ Unidad de Investigación, Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴ Servicio de Nefrología y Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria
 *Grupo Formado por: Dña. Arantza Anabitarte Prieto, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Dña. Cristina García Laverick, Centro de Hemodiálisis RTS-Gran Canaria. Dra. Carmen Rosa Hernández Socorro, Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Dr. Luis Hortal Cascón, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Dra. Elena Oliva Dámaso, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
 Dra. Yanet Parodis López, Centro de Hemodiálisis RTS-Gran Canaria.
 Dra. Patricia Pérez Borges, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Dra. Nery Sablón González, Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
 Dña. Raquel Talavera García, Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Correspondencia: José C. Rodríguez Pérez
 Servicio de Nefrología y Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
 jrodperd@gobiernodecanarias.org

Pie diabético e insuficiencia renal. De la teoría a la práctica

Nefrología 2012;32(3):399

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Feb.11385

Sr. Director:

Los pacientes diabéticos con pie diabético presentan un aumento de su mortalidad; se ha sugerido que el tratamiento cardiovascular agresivo disminuye la morbimortalidad de estos pacientes^{1,2}. Por ello, se decidió revisar retrospectivamente el grado de cumplimiento de los consensos en prevención secundaria de pacientes con pie diabético en su primera valoración hospitalaria. Se estudiaron 129 pacientes de los que se recogieron sus datos clínicos, su hemograma y bioquímica y el tratamiento que tomaban. Los estudios estadísticos se realizaron con el SPSS 15.0. De los 129 pacientes estudiados, 80 eran hombres y 49 mujeres, con una edad media de 63,02 + 13,49 años; el 71,3% tenían hipertensión arterial; el 23,3% eran fumadores activos; HbA_{1c}: 8,74 + 2,23%, colesterol LDL: 90,06 + 35,58 mg/dl y triglicéridos: 151,84 + 82,49 mg/dl. Respecto a su tratamiento, el 64,3% estaban con insulina y el 43,4% con antidiabéticos orales. El 52,7% de los pacientes tomaban estatinas, el 1,6% fibratos, el 13,2% alopurinol, el 21,7% calcioantagonistas, el 38,8% diuréticos, el 14,7% betabloqueantes, el 24,8% inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), el 30,2% antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARAII) y el 55,8% antiagregación. Treinta y un pacientes (24%) tenían MDRD4 < 60 ml/min diferenciándose de los pacientes con MDRD4 > 60 ml/min en que eran de mayor edad (70,52 + 10,87 vs. 60,04 + 12,64 años, p = 0,000), tenían menores niveles de Hb (10,62 + 1,79 vs. 12,33 + 1,96 g/dl, p = 0,000) y hematocrito (31,71 + 5,77 vs. 36,04 + 5,46%, p = 0,001) y mayores niveles de K⁺ (4,77 + 0,56 vs. 4,52 + 0,39 mmol/l, p = 0,027), úrico (6,86 + 2,16 vs. 4,67 + 1,18 mg/dl, p = 0,000) y ancho de distribución eritrocitaria (ADE) (16,93 + 3,75 vs. 14,16 + 2,53%, p = 0,000), no existiendo diferencias respecto al tratamiento que tomaban. A tenor de estos resultados, se podría afirmar que los pacientes con pie diabético que acuden a una primera valoración hospitalaria son hipertensos, presentan glucemias mal controladas y

el tratamiento que reciben está bastante alejado de lo aconsejado en prevención secundaria. Cabe resaltar que aproximadamente el 20% de los pacientes estudiados presentan, además, insuficiencia renal crónica sin que existan diferencias respecto al tratamiento en relación con el resto de los pacientes estudiados. Además, estos pacientes con pie diabético e insuficiencia renal crónica tienen un mayor porcentaje de ADE, lo cual se ha relacionado con un aumento de la mortalidad². Para lograr objetivos y un cambio de mentalidad, es importante saber de dónde partimos y priorizar los logros a conseguir. Que el 44,2% de estos pacientes estén sin antiagregar, el 35% sin un IECA o ARAII y el 47,3% sin estatinas nos debería hacer reflexionar y replantearnos la realidad presente y a largo plazo para intentar, entre todos, un acercamiento de la teoría a la práctica clínica.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo..

1. Rathur H, Rajbhandari SM. Prevention of diabetic foot ulcers: Holy grail of foot clinics. *Int J Diabetes & Metabolism* 2003;11:56-61.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2011. *Diabetes Care* 2011;34(Suppl 1):S11-S61.
3. Patel KV, Ferrucci L, Ershler WB, Longo DL, Guralnik JM. Red blood cell distribution width and the risk of death in middle-aged and older adults. *Arch Intern Med* 2009;169(5):513-23.

Fátima Batista-García¹, Michele Hernández²,
 Santiago Suria¹, Noemí Esparza¹,
 M. Dolores Checa¹

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

² Unidad de Pie Diabético. Unidad de Enfermedades Infecciosas y Medicina Tropical. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Correspondencia: Noemí Esparza

Servicio de Nefrología.

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
 Avenida Marítima del Sur s/n.
 35260 Las Palmas de Gran Canaria.
 noemiesparza@telefonica.net