

RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL Y PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN HEMODIÁLISIS. SUPERVIVENCIA A DOCE MESES

EVA CERDÁN URRUTI

MARÍA DEL CIELO MENA MAYAYO

LAURA CATALÁN BELOQUI

ANA MARÍA PÉREZ- SEOANE JUSTO

JOAQUÍN MANRIQUE ESCOLA

CENTRO SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE NAVARRA

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 en programa de hemodiálisis (HD) periódica presentan una amplia variedad de síntomas no específicos, que condicionan su bienestar general, para los que muchas veces no es posible determinar una causa orgánica y que, a menudo, no responden adecuadamente a los tratamientos prescritos^{1,2,3,4}. Por otra parte, estos pacientes presentan con frecuencia trastornos emocionales como depresión^{1,2}, que podrían estar asociados a la mencionada sintomatología y que, en algunos estudios, han demostrado predecir de forma independiente su supervivencia^{1,2,3}.

La desnutrición es un problema prevalente en HD y condiciona una mala calidad de vida, mayor morbilidad y mortalidad, valorada de manera individual o en el contexto de cuadros de inflamación/malnutrición. Se ha descrito diferentes marcadores de malnutrición en diálisis, tanto bioquímicos como antropométricos que se han asociado a peor calidad de vida en relación a lo anterior con un peor estado emocional¹.

Basados en un trabajo previo de nuestro grupo¹, en el que observamos una elevada prevalencia de sintomatología afectivo-depresiva en pacientes en hemodiálisis, determinada con la escala de Beck, planteamos este trabajo con los siguientes objetivos: determinar parámetros bioquímicos y clínicos (analíticos y de ganancia de peso entre diálisis), para valorar el estado nutricional, establecer su relación con la presencia de sintomatología depresiva, y conocer la supervivencia a doce meses en pacientes en programa crónico de HD en función de la presencia de sintomatología depresiva y malnutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado entre febrero de 2009 y abril de 2010 en el que se incluyeron 115 pacientes con ERC en programa de hemodiálisis (HD) en el Servicio Nefrología del Hospital Navarra y con al menos tres meses de tratamiento de hemodiálisis. Fueron excluidos los pacientes con deterioro cognitivo severo o enfermedad psiquiátrica previa diferente a depresión, aquellos que estaban ingresados por cualquier motivo, analfabetos, u otras limitaciones físicas (sordera, ceguera), y los que se negaron a participar en el estudio.

Se proporcionó a todos los pacientes una hoja de información realizada según los criterios del centro. Los pacientes dieron consentimiento informado por escrito.

De los 115 pacientes, 94 fueron seguidos durante 12 meses para analizar la supervivencia, de los cuales completan el seguimiento 67 (se pierden del seguimiento 12 pacientes por trasplante y fallecieron 15).

Se valoraron datos sociodemográficos (tabla 1), clínicos, y se estimó la presencia de sintomatología depresiva mediante la escala de Beck

El cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos fue completado por la enfermera encargada del paciente, a partir de los datos de la historia clínica y mediante entrevista con el paciente durante una sesión de diálisis.

Se valoraron variables analíticas para determinar el estado nutricional, tomando el valor promedio de los tres meses previos al estudio de fósforo, albúmina y urea prediálisis. Se valoró el potasio prediálisis y la ganancia de peso interdialisis total y porcentual en función del peso seco de cada paciente.

Se recogieron variables cuantitativas como el tiempo en diálisis o la duración de la sesión y cualitativas dicotómicas (si/no) como el tipo de acceso vascular (cateter/FAVi), la

presencia de diabetes, la toma de tratamiento antidepresivo, haber recibido trasplante previo, o estar incluido en lista de trasplante.

Las variables socioeconómicas analizadas como cualitativas fueron: edad, sexo, estado civil (con o sin pareja), situación laboral (activo/inactivo), lugar de residencia (urbano/rural), vivienda habitual (domicilio/institución) y el apoyo familiar (si/no).

Para valorar el grado de desesperanza (presencia de sintomatología depresiva), se utilizó la escala de Beck (Be)¹. Es una escala autoadministrada de 20 preguntas con respuestas dicotómicas (verdadero/falso), con una puntuación entre 0 y 20, definiéndose un grado de desesperanza elevado a una puntuación igual o superior a 8 puntos según el criterio del autor.

Los resultados se presentaron como media \pm DE. Se utilizaron los test de comparación de medias (t de student), la Chi cuadrado para las tablas de contingencia y el test de Kaplan-Meier para el análisis de supervivencia. Se asumió significación estadística significativa para $p < 0,05$ y muy significativo para $p < 0,001$. Se utilizó el programa SPSS 17.0.

RESULTADOS

La edad media de los 115 pacientes incluidos en el estudio basal fue de 66,5 años (23-88 años), con un tiempo medio en diálisis de 26,6 meses (3-130 meses) (tabla 1). La media de Beck fue de $7,19 \pm 5,0$ (0-19). El 44,1% (49 pacientes) presentaron sintomatología depresiva definida como $Be \geq 8$, mientras que el 54,6% (59 pacientes) tenían un $Be < 8$.

Observamos diferencias en la media de Beck entre pacientes diabéticos ($8,96 \pm 5,17$ vs $6,61 \pm 4,85$ en no diabéticos, $p < 0,05$), mujeres ($9,07 \pm 5,42$ vs $6,43 \pm 4,68$ en hombres, $p < 0,05$) y no activos en lista de espera ($9,07 \pm 5,42$ vs $6,43 \pm 4,68$ en pacientes activos, $p < 0,05$). El resto de variables cualitativas valoradas no mostró diferencias significativas.

Entre los parámetros nutricionales, observamos un potasio medio de $5,12 \pm 0,72$ mEq/l, un fósforo medio de $5,05 \pm 1,39$ mg/dl, albúmina de $3,91 \pm 0,35$ g/dl y urea $1,44 \pm 0,37$ g/L. Al comparar estos parámetros entre los pacientes con Beck alto (≥ 8) y bajo (< 8), observamos un valor significativamente menor en la concentración media plasmática de fósforo ($4,26 \pm 1,29$ vs $5,50 \pm 1,27$; $p < 0,001$), albúmina ($3,76 \pm 0,23$ vs $4,05 \pm 0,37$; $p < 0,001$) y urea predialisis ($1,38 \pm 0,39$ vs $1,53 \pm 0,33$; $p < 0,05$) (figura 2). No observamos diferencias significativas entre ambos grupos para los valores de potasio plasmático medio.

La ganancia media de peso entre sesiones de hemodiálisis, independientemente del peso seco del paciente, fue de 2068 ± 970 ml y ajustada por el peso corporal (%ganancia/peso seco) de $3,05 \pm 1,2\%$. Los pacientes del grupo Beck ≥ 8 presentaron ganancias de peso interdiálisis significativamente menores que los pacientes del grupo Beck < 8 (1863 ± 121 ml vs 2237 ± 123 ml; $p < 0,05$). No se alcanzó significación estadística en la ganancia de peso porcentual ($2,87 \pm 1,66\%$ vs $3,19 \pm 1,63\%$; ns)

De los 94 pacientes que se incluyeron para el estudio de mortalidad a 12 meses, 12 se perdieron del seguimiento por trasplante y de los 82 restantes, 15 fallecieron (18,3%), completando el seguimiento 67 pacientes. En el grupo de Beck elevado observamos una mortalidad del 27,5% (11 de 40 pacientes) significativamente superior a los pacientes con Beck bajo (4 de 42 pacientes, 9,5%) ($p < 0,05$). Se analizó la supervivencia acumulada mediante el test de Kaplan Meier objetivando una supervivencia global al año de todo el grupo que fue del 88,5%, con una supervivencia menor en el grupo con presencia de sintomatología depresiva (Beck ≥ 8 : 80,4%), respecto al grupo de ausencia de síntomas depresivos, (Beck < 8 : 94,7%; $p < 0,05$) (figura 3).

Observamos una asociación positiva y significativa de la edad con el índice de Beck (r^2 : 0,37; $p < 0,001$), así como una media de edad del grupo de Beck alto significativamente superior al grupo de Beck bajo, ($72,4 \pm 11,8$ vs $61,8 \pm 16,3$ años; $p < 0,001$).

DISCUSIÓN

La depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes en HD. Se ha asociado a mayor morbimortalidad, basado en que influye negativamente sobre diversos factores somáticos y emocionales del paciente¹. Para valorar la presencia de sintomatología depresiva hemos utilizado la escala de Beck, que ha sido ampliamente utilizada en diversos grupos poblacionales, y nos ha servido para catalogar a nuestros pacientes. Encontramos una prevalencia elevada de sintomatología depresiva (44,1% de los pacientes estudiados), lo que va en la línea de trabajos realizados previamente¹¹. En este estudio observamos que los

pacientes con sintomatología depresiva presentaron parámetros nutricionales peores que aquellos que no la presentaban (medida por valores medios de fósforo, albúmina y urea prediálisis), algo que se ha descrito para tratar de relacionar la malnutrición con el estado afectivo depresivo y la peor supervivencia^{1,2}

En este sentido y aunque se ha descrito la asociación entre el nivel de depresión y adhesión al tratamiento medido por parámetros como la ganancia de peso interdiálisis o los niveles de potasio prediálisis, en nuestro caso los pacientes con síntomas depresivos muestran una menor ganancia de peso entre sesiones, que podríamos interpretar como un peor estado nutricional, aunque a pesar de que los niveles de potasio no revelan diferencias entre grupos. En otros artículos se observó relación entre síntomas depresivos y ganancia de peso¹, en nuestro estudio también se ha visto una relación significativa entre ambas variables, pero no en la ganancia de peso porcentual interdiálisis

Como cabía esperar, la presencia de sintomatología depresiva se asocia estrechamente con la edad de los pacientes, siendo más frecuente conforme esta aumenta¹, algo que puede explicar en parte, el exceso de mortalidad observada en el grupo con Beck más elevado.

La mortalidad total tras 12 meses de seguimiento fue del 18%, similar a lo publicado en otras series¹ siendo superior en los pacientes con Beck elevado (mortalidad del 27,5% frente al 9,8% de los pacientes con Beck bajo), o visto en forma de supervivencia, destacamos una supervivencia menor en los pacientes con síntomas depresivos respecto aquellos que no los presentaron. Se han definido distintos marcadores que influyen desfavorablemente sobre la supervivencia de pacientes en hemodiálisis, como tiempo y dosis de diálisis^{1,2}, ganancia de peso^{1,2}, malnutrición¹, hipoalbuminemia y valores bajos de urea³. En este estudio, interpretamos como factores contribuyentes a una mayor tasa de mortalidad, de los pacientes con síntomas depresivos, la edad elevada, el peor estado nutricional y la hipoalbuminemia, proponiendo la presencia de sintomatología depresiva, medida por la escala de Beck, como un marcador más de mal pronóstico.

Otros factores que hemos observado que influyen negativamente en los valores de Beck, fueron el sexo femenino, no estar incluido en lista de espera para trasplante y la diabetes; esta última, ya había sido descrita previamente como factor importante en la aparición de episodios depresivos en diálisis¹. Otros aspectos que a priori podrían influir, no resultaron significativos, como el tiempo en diálisis o la soledad, tampoco el apoyo familiar, el tipo de acceso vascular, tener pareja o vivir en medio rural o urbano mostraron diferencias significativas. Debido al escaso número de pacientes institucionalizados y activos en vida laboral no se pudo analizar estas variables.

CONCLUSIÓN

Existe una elevada presencia de sintomatología depresiva medida mediante la escala de Beck en pacientes en programa crónico de hemodiálisis.

Al diferenciar los pacientes con sintomatología depresiva, observamos que presentan peores marcadores nutricionales, medidos por parámetros bioquímicos (albúmina, fósforo y urea prediálisis), menor ganancia de peso interdiálisis, mayor edad y peor supervivencia a doce meses, respecto de aquellos pacientes que no presentan dicha sintomatología.

Los pacientes con patología asociada (diabetes), más edad, sexo femenino, y no incluidos en lista de espera de trasplante, presentan cifras mayores en la escala de Beck.

La escala de Beck selecciona a aquellos pacientes que necesitan una valoración especializada encaminada a descartar patología depresiva y/o reevaluar tratamientos antidepressivos previos.

El uso de instrumentos de valoración de depresión, como la escala de Beck, contribuye a seleccionar una población subsidiaria de recibir un plan integral de cuidados de enfermería tanto físico como psicológico.

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra

Demograficos	Media	Desv. Tipica
n= 115		
Edad (años)	66,4	15,6
Tiempo en diálisis (meses)	26,6	25,6
Horas por sesión	4,18	0,39
	Si (%)	No (%)
Mujeres	31 (27,9)	84 (72,1)
FAVi	52 (45,0)	63 (55,0)
DM	26 (22,5)	89 (77,5)
Activo en lista espera	27 (23,4)	88 (76,6)
Institucionalizado	5 (4,5)	110 (95,5)
Urbano	64 (55,0)	51 (45,0)
Apoyo familiar	109 (94,6)	6 (5,4)
Con pareja estable	77 (67,0)	38 (30,0)
Activo (laboral)	7 (6,3)	108 (93,7)
Trasplante previo	9 (6,3)	106 (93,7)
Antidepresivos	20 (17,4)	95 (82,6)

Figura 2. Valores medios prediálisis de Albúmina (g/dl, azul; $p < 0,001$), Fósforo (mg/dl, verde; $p < 0,001$) y urea (g/dl, marrón; $p < 0,005$), según el grupo de presencia o ausencia de sintomatología depresiva ($Be < 8$ o $Be \geq 8$)

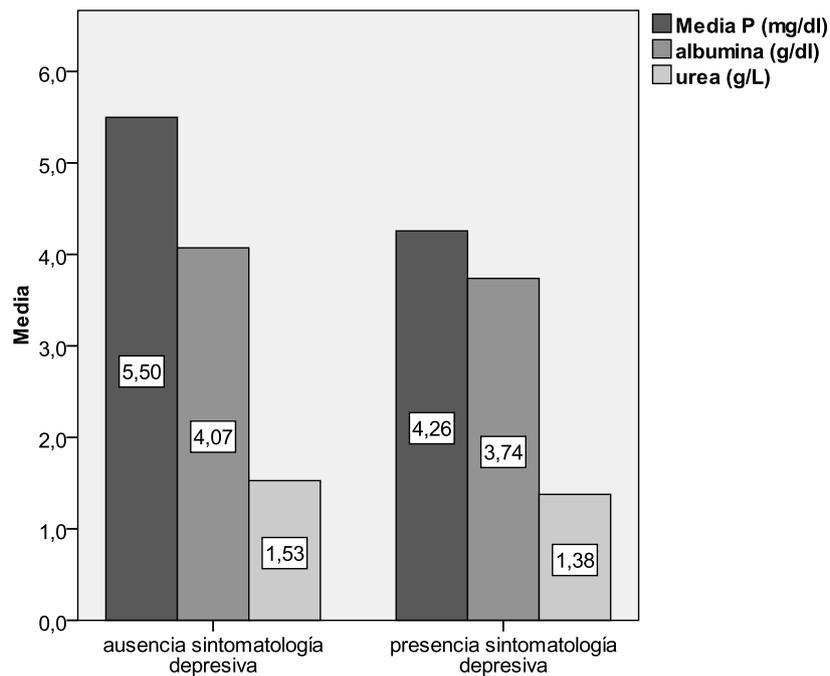
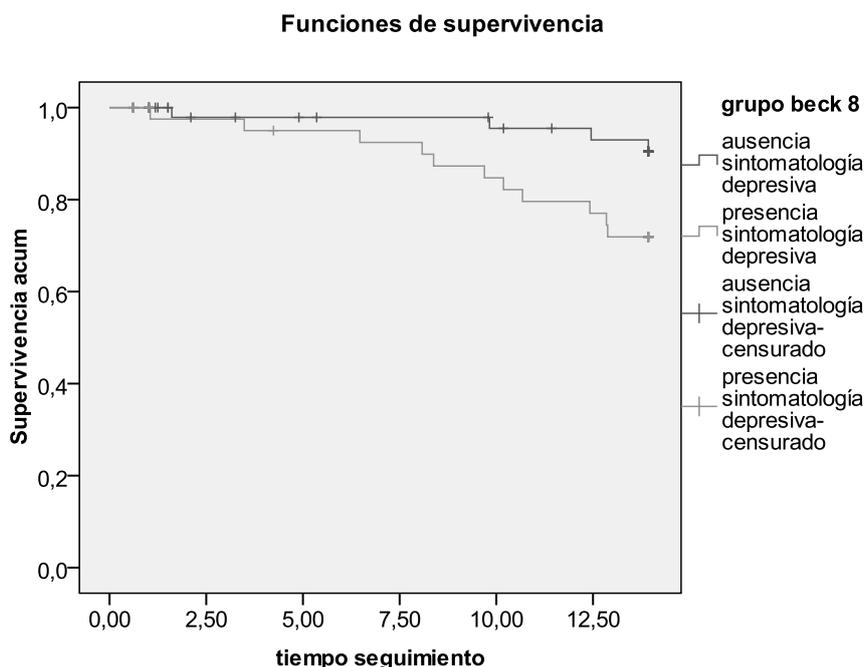


Figura 3. Supervivencia acumulada en función del grupo según la escala de Beck, los pacientes con sintomatología depresiva presentaron una supervivencia significativamente menor que aquellos sin sintomatología



BIBLIOGRAFÍA

1. Parfrey PS, Vavasour HM, Henry S, Bullok M, Gault MH: Clinical features and severity of nonspecific symptoms in dialysis patients. *Nephron* 50: 121-128, 1988.
2. Barrett BJ, Vasavour HM, Major A, Parfrey PS: Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron* 55: 10-15, 1990.
3. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, et al: Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 14: 1163-1170, 1999.
4. Álvarez-Ude F, Galán P, Vicente E y col: Adaptación transcultural y validación preliminar de la versión española del Kidney Disease Questionnaire. *Nefrología* 17 (6): 486-496, 1997.
5. Sacks CR, Peterson RA, Kimmel PL: Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 15: 31- 39, 1990.
6. García-Campayo JJ, Sanz-Carrillo C, Ruiz Laiglesia JE, y col: Problemática psicológica en el paciente renal. *Nefrología* 12 (6): 465-470, 1992
7. Kimmel PL: Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 35, 4 (Supl. 1): 132-140, 2000
8. Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM, Heidenheim AP: The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosom Med* 48: 261-269, 1986
9. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR, Mesquita ML, Simmens SJ, Reiss D: Depression, perception of illness, and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatr Med* 21: 343-354, 1991
10. Hakim RM, Levin N: Malnutrition in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 21: 125-137, 1993
11. Mena M, Cerdan E, Perez-Seoane AM, Manrique J. Asociación entre dependencia funcional y sintomatología afectivo depresiva en pacientes en programa de hemodiálisis. *Rev Esp Enf Nefrol*, in press. 2010.
12. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 1998; 10: 303-318
13. Alarcón. A. La depresión en el paciente renal. *Rev.colomb.psiquiatr.* 33 (3):112 2004

14. Mora R, Gudiño A, Riestra A y col. Síntomas depresivos en pacientes con enfermedad renal terminal en tratamiento con hemodiálisis en Valencia, Venezuela
15. García Valderrama F. W Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*. 12 (3). 2002
16. Páez A, Jofré M, Azpiroz C, y col. Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis *Univertitas psicológica*.;8(1):117-124. 2009
17. Cruz JM, Píera L, Bragg-Gresham Resultados del Estudio Internacional de Hemodiálisis DOPPS en Europa y España. *Nefrología*. Vol. 23 (5). 2003
18. Bergstöm J: Nutrition and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 6: 1329-1341, 1995
19. de Francisco AL Arias M. Marcadores de supervivencia en diálisis. *Nefrología*. 21(2). 2001
20. Lowrie EG, Laird NM, Parker TF, Sargent JA: Effect of the hemodialysis prescription on patient morbidity. *N Engl J Med* 305: 1176-1181, 1981.
21. Fleischmann E, Teal N, Dudley J et al: Influence of excess weight on mortality and hospital stay in 1,346 hemodialysis patients. *Kidney Int* 55: 1560- 1567, 1999
22. Wolfe RA, Ashby MA, Daugirdas JT, Agodoa LY, Jones CA, Port FK: Body size, dose of hemodialysis, and mortality. *Am J Kidney Dis* 35: 80-88, 2000
23. Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001; 24: 1069-1078
24. Owen WF Jr, Lew NL, Liu Y, Lowrie EG: The urea reduction ratio and serum albumin concentration as predictors of mortality in patients undergoing hemodialysis *N J Med* 329: 1001-1006, 1993

