



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL

DEPRESIÓN DE PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Autores:

Br. Etturi, andrea
Br. Fonsalias, Pablo
Br. Montero, Leticia
Br. Palleiro, Rossana
Br. Terzieff, Valentina

Tutor:

Prof. Esp. Lic. Margarita Garay
Prof. Asist. Lic. Cecilia Luquez
Prof. Ayud. Lic. Sebastián Castrillon

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2013

INDICE

Caratula.....	pag 1
Indice.....	pag 2
Resumen.....	pag 3
Introducción.....	pag 4
Planteamiento del problema-justificación.....	pag 5
Marco teórico.....	pag 9
Objetivos.....	pag 14
Metodología.....	pag15
Resultados.....	pag 18
Análisis.....	pag 25
Conclusiones.....	pag 27
Propuestas de Enfermería.....	pag 28
Referencias bibliográficas.....	pag 29
Anexos.....	pag 30

RESUMEN

Este Trabajo Final de Investigación lo realizan 5 estudiantes pertenecientes a la Carrera Escalonada, Generación 2010, Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

El objetivo del mismo es conocer la incidencia de la depresión en pacientes en tratamiento crónico, a través del instrumento: Inventario de Depresión de Beck). Seleccionamos la enfermedad renal crónica, porque no se encontraron estudios sobre este tema a nivel nacional.

De la revisión de antecedentes internacionales, se extrae el instrumento a utilizar, por estar aprobado, y por haber sido utilizado en varias investigaciones internacionales

Se seleccionan variables sociodemográficas que se consideran de relevancia para dicha investigación.

El comienzo con un tratamiento crónico tiene connotaciones importantes para el usuario y su familia.

La depresión es una manifestación psiquiátrica que tiene efectos sobre la calidad de vida de los usuarios en tratamiento.

De los resultados obtenidos, de una muestra de 50 usuarios, hay un predominio del sexo masculino (60%, sobre 40% del sexo femenino,) la franja etaria predominante es la de los mayores de 65 años, 64 % de usuarios jubilados; 88% cuenta con algún apoyo familiar.

Con respecto a los resultados obtenidos del inventario de depresión de Beck, se destaca un número de 30 usuarios en el nivel 1 del inventario (Estos altibajos son considerados normales), un número de 12 usuarios en el nivel 2 (leve perturbación del estado de ánimo), un número de 6 usuarios en el nivel 3 (estados de depresión intermitentes) y 2 usuarios en el nivel 4 del inventario de Beck (depresión moderada). Cabe destacar que no se encontró ningún usuario con depresión grave ni extrema.

INTRODUCCION

Este Trabajo Final de Investigación lo realizan 5 estudiantes pertenecientes a la Carrera Escalonada, Generación 2010, Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Dicho trabajo se realiza en una institución privada de salud del departamento de Montevideo, en el mes de setiembre del año 2013.

El objetivo de este trabajo es conocer la incidencia de la Depresión de usuarios en tratamiento dialítico, mediante un estudio descriptivo de corte transversal.

Para dicho estudio se caracteriza a la población mediante variables sociodemográficas, y se aplicó un cuestionario para evaluar la prevalencia de la depresión en usuarios en tratamiento dialítico.

La depresión es un trastorno común en personas con enfermedades crónicas .

Hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica.

La depresión es un diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente.

La Enfermedad Renal Crónica consiste en la pérdida gradual e irreversible de la función renal .Cuando dicha función se reduce al 10 % los pacientes deben someterse a tratamiento sustitutivo.

Los posibles tratamientos sustitutivos de la función renal son: el trasplante renal, y la diálisis en sus dos modalidades, la hemodiálisis hospitalaria (HDH) o diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA).

La hemodiálisis es una sustitución renal, consiste en extraer la sangre del organismo y transportarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual traspasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable .Por este método se elimina de la sangre residuos como potasio y urea (ref n°8)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Prevalencia de Depresión en pacientes en Tratamiento Dialítico

JUSTIFICACION

La aparición y persistencia de los trastornos mentales que afectan a la población se deben a los cambios de los factores demográficos y biológicos, asociados a la vida moderna, encontrándose algunos aspectos psicosociales que influyen en hombres y mujeres en el desarrollo de la depresión.

El comienzo de un tratamiento crónico (en este caso Hemodiálisis) tiene connotaciones importantes para el usuario y la familia.

Deben adaptarse a una situación desconocida de dependencia, que puede condicionar la evolución de la enfermedad.

La depresión y la ansiedad son manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida de los usuarios en hemodiálisis; y estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los mismos y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población.

Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigida al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento.

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos desnutrición debido a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, mareos, hipotensión, cansancio, palidez, hinchazón de pies, y tobillos, así como mal sabor de boca, producto de la no eliminación de desechos.

Así como limitaciones en la vida social y laboral; alteración de la imagen corporal, provocado por acceso vascular.

Para este Trabajo de Investigación se revisaron los antecedentes Nacionales e Internacionales. Cabe destacar que no fueron encontrados trabajos Nacionales sobre el tema.

Dentro de los Trabajos Internacionales consultados se destacan los siguientes:

En un estudio realizado por Murray y colaboradores, se encontró que el deterioro cognitivo moderado y severo es frecuente en la población de pacientes que reciben hemodiálisis y que generalmente pasa inadvertido por el equipo tratante. (ref n°1)

Una prueba importante del alto grado de estrés que experimentan estos pacientes y que se asocia a la necesidad de darle continuidad al tratamiento es el estudio realizado por Hyre y colaboradores. Ellos observaron que los pacientes en diálisis que vivieron la llegada del huracán Katrina y que se vieron obligados a perder tres o más sesiones tenían un riesgo mayor de desarrollar un síndrome de estrés postrauma, al compararlos con quienes no se ausentaron a la terapia y si estuvieron presentes durante la catástrofe.

Bostwick y Cohen, en una propuesta metodológica para diferenciar el suicidio de los actos que ponen fin a la vida en pacientes en estado terminal, aclararon que en los primeros reportes se consideró como suicidio todas las suspensiones de diálisis, así como el no cumplimiento con el tratamiento, lo que sesgó la información y aumentó las cifras en pacientes con IRC .

A lo largo de la historia, muchas escalas han reflejado precisamente los distintos abordajes diagnósticos. La forma de aplicarlas, así como el estado mental del paciente, podría ser la causa de las distintas prevalencias e incidencias en la población de pacientes que reciben diálisis.(ref n°2)

Prueba de esto es que aunque existen reportes de que la sensibilidad de la escala de Beck de Depresión es modesta en este grupo , otros estudios han demostrado una sensibilidad del 92% y una especificidad del 80% . En ocasiones se prefieren otros instrumentos, por ser más cortos y fáciles de aplicar en esta población.

Drayer y colaboradores entrevistaron a 62 pacientes de una unidad de hemodiálisis, a quienes se les aplicaron las siguientes escalas: Primary Care Evaluation of Mental DisordersMood Module (PRIME-MD), basado en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition.(ref n°3)

En una investigación más reciente, Son y colaboradores estudiaron una población coreana de 146 pacientes con Enfermedad Renal terminal que recibían hemodiálisis.

Se utilizó un enfoque descriptivo, mediante corte transversal, en que se aplicó el PHQ-9, el Dialysis Symptoms Index así como la versión coreana del Kidney Disease Quality of Life Instrument .

Los investigadores encontraron depresión leve en todos los pacientes y depresión mayor en el 25% de los usuarios, quienes recibían además un menor ingreso mensual, más frecuentemente cursaban desempleados y carecían de religión.

Este grupo también presentó síntomas físicos con mayor frecuencia y severidad, así como una menor calidad de vida al compararlos con quienes no cursaban con depresión mayor .(ref n°4)

En un estudio más antiguo, pero de corte longitudinal, Kimmel colaboradores siguieron durante más de dos años a 295 pacientes en tratamiento con hemodiálisis. A todos ellos se les valoró cada seis meses co el inventario de Depresión de Beck, así como mediciones de la concentración de albúmina y catabolismo proteico.\

El análisis final determinó que los niveles superiores de depresión predecían una mayor mortalidad, de la misma magnitud que otras variables médicas.

Otra investigación holandesa de corte prospectivo, que no ha concluido todavía , ha utilizado el registro médico para determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con IRC que reciben hemodiálisis, aplicando la HADS.

Al año de iniciado el estudio, 73 pacientes completaron el seguimiento, del cual se ha detectado una mortalidad del 24% en quienes mantenían niveles superiores de depresión, en contraste con un 8% en aquellos con rangos inferiores.

Así mismo, los cortes superiores de ansiedad también se acompañaban de una mortalidad mayor, del 20%, en comparación con un 4% en quienes no mantenían esos niveles. El grupo combinado de depresión/ansiedad mostró una mortalidad del 37%, comparada con un 7% en el grupo residual.(ref n°1)

En una tesis para optar al grado especialista en psiquiatría, Morano y Barrera realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en el que le aplicaron el inventario de depresión de Beck y de Zung a 59 pacientes de la Unidad Renal del Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá, Colombia, entre marzo y mayo de 2000.

Ellos reportaron un 42% de depresión en la población, con una pobre concordancia entre los dos instrumentos empleados y con los criterios del DSM-IV. Los síntomas más asociados con la depresión fueron la anhedonia, el insomnio y la disminución de la libido, al igual que en otras investigaciones.

El principal desencadenante de esta condición fue la inactividad laboral. También en pacientes colombianos tratados con hemodiálisis, Una entidad polimorfa y multifactorial: depresión en pacientes que reciben diálisis.

Pero esta vez midiendo la calidad de vida relacionada con la salud, se realizó un estudio con una muestra muy limitada, que estableció una relación entre una mejor calidad de vida relacionada con la salud y una superior adherencia al tratamiento médico.

No hubo diferencias en el aspecto social de estos pacientes que, entre otras causas, podría estar atribuido al tamaño de la población estudiada. (ref n°2)

Otro estudio colombiano realizado en la unidad Fresenius Medical Care Armenia Cruz Roja , exploró el concepto que manejan los pacientes sobre calidad de vida (no se especificó si es relacionada con la salud). Del mismo se extrae que es poco lo que los pacientes conocen al respecto, pero que la idea está asociada con el desempeño laboral, según se hizo patente en las respuestas que eligieron los entrevistados.

Una revisión realizada por Rabindranath y colaboradores para el Instituto Cochrane detectó tan sólo un estudio que haya evaluado la efectividad de un antidepresivo en el tratamiento de la depresión en pacientes que reciben diálisis

. El ensayo comparó fluoxetina contra placebo, incluyó tan sólo 12 pacientes y se prolongó durante ocho semanas. No se reportaron diferencias significativas en cuanto a respuesta ni seguridad en ambos grupos. Por lo tanto, no se pueden obtener conclusiones firmes sobre el

beneficio de antidepresivos en esta población.(ref n°3)

Un estudio aleatorizado colombiano describió seguridad, adquisición de flexibilidad, equilibrio y coordinación en una muestra de pacientes con IRC terminal que recibieron Thai Chi en comparación con quienes se sometieron al tratamiento convencional solamente . Aquellos quienes lo utilizaron cursaron con menor ansiedad, al igual que expresión y experimentación de emociones negativas; además, obtuvieron mayor aceptación de la enfermedad, así como la vivencia de emociones positivas. Por lo tanto, psicoterapias que utilicen encuadres individuales podrían ser beneficiosas en esta población.

Una investigación reciente, describió que la estrategia emocional más frecuentemente empleada por esta población es la reevaluación cognitiva. Quienes la utilizan cursan con menor ansiedad, expresión y experimentación de emociones negativas; además, obtienen mayor aceptación de la enfermedad, así como la vivencia de emociones positivas. (ref n°4)

MARCO TEORICO

Las Enfermedades Crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (OMS)

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las funciones renales, cuyo grado de afección se determina con un filtrado glomerular (FG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$.¹ Como consecuencia, los riñones pierden su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos en la sangre.

Los síntomas de un deterioro de la función renal son inespecíficos y pueden incluir una sensación de malestar general y una reducción del apetito. A menudo, la Enfermedad Renal Crónica se diagnostica como resultado del estudio en personas en las que se sabe que están en riesgo de problemas renales, tales como aquellos con presión arterial alta o diabetes y aquellos con parientes con enfermedad renal crónica. La Insuficiencia Renal Crónica también puede ser identificada cuando conduce a una de sus reconocidas complicaciones, como las enfermedades cardiovasculares, anemia o pericarditis.

Las causas más comunes de ERC son la nefropatía diabética, hipertensión arterial, y glomerulonefritis. Juntas, causan aproximadamente el 75% de todos los casos en adultos.

En muchos pacientes con ERC, ya son conocidas enfermedades renales previas u otras enfermedades subyacentes. Un número pequeño presenta con ERC de causa desconocida. En estos pacientes, ocasionalmente una causa es identificada retrospectivamente. (ref n°5)

La Hemodiálisis es una sustitución renal, consiste en extraer la sangre del organismo y traspasarla a un dializador de doble compartimiento, uno por el cual traspasa la sangre y otro el líquido de diálisis, separados por una membrana semipermeable. Método para eliminar de la sangre residuos como potasio y urea, así como agua cuando los riñones son incapaces de esto (es decir cuando hay un fallo renal).

La hemodiálisis se hace normalmente en una instalación dedicada, un cuarto especial en un hospital o en una clínica con enfermeras y técnicos especializados en hemodiálisis.

La hemodiálisis es un procedimiento, que se le realiza a los pacientes cuando se va deteriorando la función renal.

Para llevar a cabo dicho tratamiento de sustitución renal es necesario, que el paciente cuente con un acceso vascular, al inicio el médico le coloca un cateter temporal, ya sea Mahurkar o Niagara, éste tipo de cateter como su nombre lo dice dura unos meses, posteriormente se programa al paciente para la instalación de un acceso permanente, ya sea otro cateter que es de un material de silicon más resistente, dentro de los cuales podemos citar cateter hemoglide, permacat, palindrome, entre otros o la colocación de una FAVI (fistula arteriovenosa interna) que duran varios años para la realización de sus tratamientos posteriores de los pacientes.

En hemodiálisis hay tres modos primarios de acceso a la sangre:

- El catéter intravenoso
- La fistula de Cimino-Brescia arteriovenosa (AV)
- El injerto sintético (graft)

El tipo de acceso está influenciado por factores como el curso previsto del tiempo de la falla renal de un paciente y la condición de su vascularidad. Los pacientes pueden tener múltiples accesos en un tiempo determinado, usualmente debido a que debe ser usado temporalmente un catéter para realizar la diálisis mientras se está madurando el acceso permanente, la fistula o el injerto arteriovenoso.

La máquina de hemodiálisis realiza la función de bombear la sangre del paciente y el dialisato a través del dializador. Las máquinas de diálisis más recientes del mercado están altamente computarizadas y monitorizan continuamente un conjunto de parámetros de seguridad críticos, incluyendo tasas de flujo de la sangre y el dialisato, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco, la conductividad, el pH, etc. Si alguna lectura está fuera del rango normal, sonará una alarma audible para avisar al técnico que está supervisando el cuidado del paciente

El dializador, o el riñón artificial, es la pieza del equipo que de hecho filtra la sangre. Uno de los tipos más populares es el dializador hueco de fibra, en el cual la sangre corre a través de un paquete de tubos capilares muy finos, y el dialisato se bombea en un compartimiento que baña las fibras. El proceso mimetiza la fisiología del glomérulo renal y el resto del nefrón. Los gradientes de presión son usados para remover líquido de la sangre. La membrana en sí misma a menudo es sintética, hecha de una mezcla de polímeros como poliariletersulfon, poliamida y polivinilpirrolidona. Los dializadores vienen en muchos tamaños diferentes. Un dializador más grande generalmente se traducirá en un área incrementada de membrana, y por lo tanto en un aumento en la cantidad de solutos removidos de la sangre del paciente. Diferentes tipos de dializadores tienen diversos aclaramientos (clearance) para diferentes solutos. El nefrólogo prescribirá el dializador a ser usado dependiendo del paciente. El dializador puede ser tanto desechado como reutilizado después de cada tratamiento. Si es reutilizado, hay un procedimiento extenso de esterilización. Cuando se reutilizan, los dializadores no son compartidos entre pacientes. Tampoco debe ser compartido ningún tipo de catéter ya que el mismo puede transmitir

algún tipo de agente patógeno infeccioso que puede llegar a ser fatal para el paciente tratado.(ref n°7)

La diálisis peritoneal (DP) utiliza una membrana natural -el peritoneo- como filtro. El fluido de diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un pequeño tubo flexible que previamente se implantó en el abdomen de forma permanente, en una intervención quirúrgica menor. Parte de este tubo, o catéter, permanece fuera del abdomen. De esta forma puede conectarse a las bolsas de solución de diálisis. El catéter queda oculto bajo la ropa.

Mientras el líquido está en la cavidad peritoneal, se produce la diálisis: el exceso de líquidos y los productos de desecho pasan desde la sangre, a través de la membrana peritoneal, al fluido de diálisis.

La solución se cambia periódicamente y a este proceso se le llama "intercambio". Existen dos modalidades de diálisis peritoneal (Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria y Diálisis Peritoneal Automatizada).

Al realizar la diálisis peritoneal, en cualquiera de sus modalidades, es importante hacer los intercambios en un área limpia y libre de corriente de aire, ya que existe un riesgo de infección. La peritonitis es la complicación seria más común. Las infecciones del sitio de salida del catéter o el "túnel" (trayectoria del peritoneo al sitio de salida) son menos serias pero más frecuentes

. El trasplante de riñón o trasplante renal es el trasplante de un riñón en un paciente con enfermedad renal avanzada. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente clasificado como de donante fallecido (anteriormente conocido como cadavérico), o como trasplante de donante vivo. Los trasplantes renales de donantes vivos se caracterizan más a fondo como trasplante emparentado genéticamente (pariente-vivo) o trasplante no emparentado (no emparentado-vivo), dependiendo de si hay o no una relación biológica entre el donante y el receptor.

Se define a la depresión como: el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los desórdenes depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad. Esta alteración psiquiátrica, en algunos casos, puede constituir una de las fases del trastorno bipolar.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida.

Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático

La depresión es un trastorno común en personas con enfermedades crónicas.

Se estima que un tercio de las personas con síntomas graves de una condición médica, la experimenta.

Estas personas deben ajustarse a las exigencias de la propia enfermedad, así como a sus tratamientos.

La depresión causada por una enfermedad crónica agrava el problema, especialmente si la enfermedad causa dolor, fatiga o limita la capacidad de la persona para interactuar con los demás.

Por estas razones un cierto grado de desesperación y tristeza es normal. Cualquier dolencia crónica puede desencadenar depresión, pero las probabilidades aumentan con la severidad de la enfermedad y el nivel de perturbación que provoca en la vida del individuo.

Los pacientes y la familia suelen pasar por alto los síntomas de depresión. Los síntomas de la depresión son también con frecuencia enmascarados por otra condición médica.

Las personas con depresión debido a una enfermedad crónica pueden realizar un tratamiento similar al ofrecido habitualmente en la depresión. Realizar un tratamiento es fundamental para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida del individuo.

Depresión en pacientes en Hemodialisis.

Los problemas que afrontan los pacientes con Enfermedad Renal Crónica están relacionados con el desconocimiento en la evolución del padecimiento, los planes de tratamiento y el grado de dominio que puedan ejercer sobre su enfermedad.

En el manejo de los enfermos renales crónicos, la cuestión de la dependencia es un factor decisivo. La enfermedad representa un obstáculo para la independencia, la autoestima, la imagen corporal y la sensación física de bienestar.

Los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica se enfrentan con una enfermedad debilitante y limitante necesitando un gran número de personas para el manejo de las máquinas que controlan su bienestar.

La hemodiálisis representa un factor de estrés importante no sólo para el paciente sino para su núcleo familiar. Los pacientes en hemodiálisis crónica recurren al mecanismo de negación para poder manejar su condición.

. Es cierto que los pacientes en hemodiálisis no recuperan la sensación de bienestar total a medida que el tratamiento progresa.

Los síntomas y los trastornos depresivos pueden ser el resultado del estrés frente a una enfermedad aguda o crónica .

Los trastornos depresivos son frecuentes en las personas con problemas médicos . La morbilidad psicológica es alta en pacientes en hemodiálisis .

En pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados con hemodiálisis la depresión es el problema psiquiátrico más frecuente .

En individuos con problemas médicos, el diagnóstico de depresión no es considerado cuando sobresalen los síntomas somáticos debido a la tendencia de atribuirlos a la enfermedad médica .

En el paciente con Insuficiencia Renal Crónica la similitud de los síntomas urémicos y los que se presentan en los trastornos depresivos, hace difícil la distinción de los cuadros clínicos en determinadas circunstancias . (ref nº8)

OBJETIVO GENERAL

-Conocer la incidencia de la depresión en pacientes con tratamiento dialítico mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1-Characterizar a la población de estudio a través de las variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, hábitos alimenticios, tiempo en el tratamiento y redes de apoyo.

2-Identificar indicadores de depresión que presentan los pacientes en tratamiento de hemodialisis, aplicando el Inventario de Depresión de Beck .

3-Conocer si los pacientes cuentan con familia o red de sostén que lo apoya en el tratamiento.

4-Identificar a pacientes con antecedentes de depresión .

METODOLOGIA

Es una investigación de tipo descriptiva con corte transversal.

UNIVERSO

El universo está conformado por todos los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que realizan tratamiento de hemodialisis, en el centro donde se realiza el estudio.

MUESTRA

La muestra son los pacientes en tratamiento dialítico que en el momento de aplicación del instrumento se encuentran realizando dicho tratamiento en el Centro de Dialisis .

CRITERIOS DE INCLUSION

Son todos aquellos usuarios que están en el momento que se realiza el estudio y consienten contestar.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1- Pacientes que no deseen participar del estudio
- 2- Pacientes que no concurren al Centro en los días en que se aplique el instrumento para la realización del estudio.

METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para recabar información se utiliza la revisión del instrumento de variables sociodemográficas, historia clínica de pacientes que acepten y se les aplica el cuestionario de Beck.

Todos éstos aplicados en una entrevista con el usuario y anexados en un sólo cuestionario. Previa solicitud del consentimiento informado. Previa a la utilización del instrumento de recolección de datos de variables sociodemográficas ,realizamos una prueba piloto del mismo en una institución pública ,siendo la misma efectiva para aplicar en la investigación.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

SEXO

Definición: condición orgánica que distingue macho, hembra en los seres humanos.

Clasificación: Cualitativa nominal

Operacionalización: Femenino, Masculino

EDAD

Definición: según la OMS, Adulto presenil 50-64.

Clasificación: cuantitativa continua

Operacionalización: [18-30), [31-45), [46-65), (mas de 65)

NIVEL DE INSTRUCCION

Definición: Nivel de estudios alcanzados referido por el usuario.

Clasificación: Cualitativa Nominal.

Operacionalización: Primaria completa; primaria incompleta; secundaria incompleta; secundaria completa; terciaria incompleta; terciaria completa.

OCUPACION

Definición: según actividad laboral actual referida

Clasificación: Cualitativa nominal

Operacionalización: Empleado, desocupado, empleo inestable, jubilado, pensionado.

HABITOS ALIMENTICIOS

Definición: Actitudes que tiene un individuo que tiene al alimentarse

Clasificación: Cualitativa nominal

Operacionalización: Cumple con el tratamiento renal .

TIEMPO DE TRATAMIENTO

Definición: Se refiere al periodo de tiempo que lleva en tratamiento dialítico.

Clasificación: Cuantitativa, continua.

Operacionalización: Se toman cuatro categorías

Categorías: Menor a 1 año

De 1 a 3 años

De 4 a 7 años

Mayor a 7 años

REDES DE APOYO

Definición: Las redes son construcciones simbólicas que entretajan los sistemas y subsistemas humanos con el fin de satisfacer necesidades de diverso orden entre los cuales se destaca la solidaridad y apoyo emocional en torno a situaciones que se viven en común.

Clasificación: Cualitativo

Operacionalización: Se toman dos categorías

Categorías: Tiene / No tiene .

RESULTADO

Tabla N°1

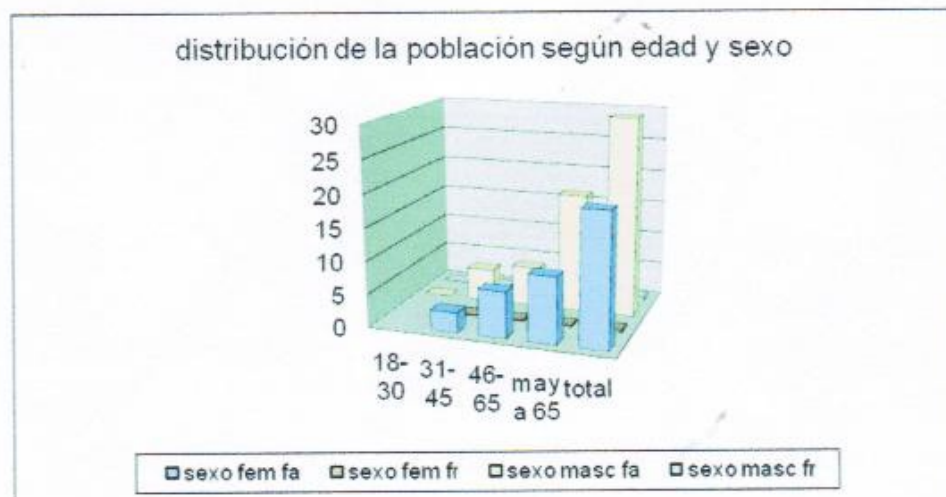
Distribución de la población según Edad y Sexo
Institución privada noviembre 2013, Montevideo

EDAD	SEXO			
	FEMENINO		MASCULINO	
	FA	FR	FA	FR
18-30			1	2%
31-45	3	6%	5	10%
46-65	7	14%	6	12%
MAY 65	10	20%	18	36%
TOTAL	20	40%	30	60%

Fuente-Entrevista aplicando cuestionario

Gráfica N°1

Distribución de la población según Edad y Sexo
Institución Privada noviembre 2013, Montevideo



(Predomina el sexo masculino con un 60%)

Tabla N°2

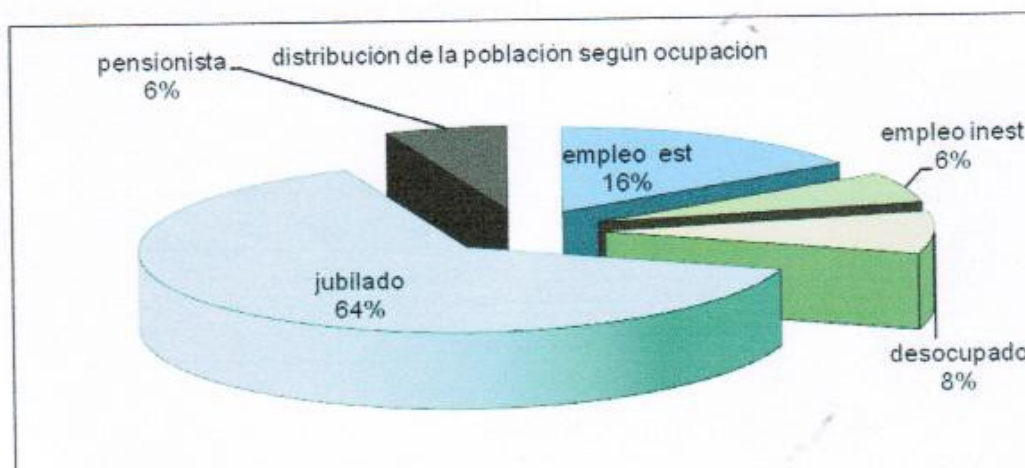
Distribución de la población según Ocupación
Institución Privada noviembre 2013, Montevideo

OCUPACION	FA	FR
Empleo estable	8	16%
Empleo inestable	3	6%
Desocupado	4	8%
Jubilado	32	64%
Pensionista	3	6%
total	50	100%

Fuente-entrevista aplicando cuestionario

Grafica N°2

Distribución de la población según Ocupación
Institución Privada año 2013



(El 64% son jubilados)

Tabla N°3

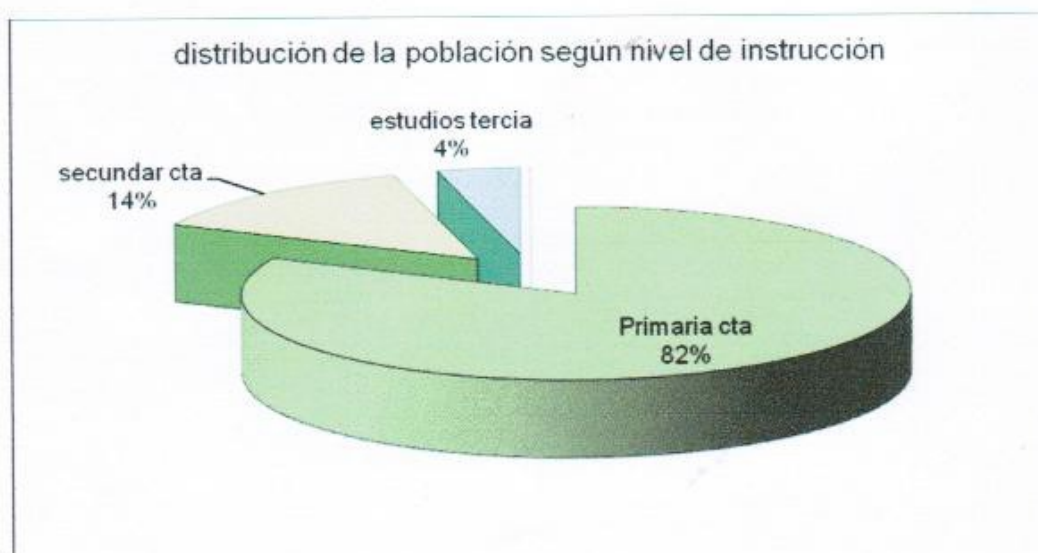
Distribución de la población según nivel de instrucción
Institución privada
noviembre 2013,
Montevideo

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR
Primaria completa	41	82%
Secundaria completa	7	14%
Estudios terciarios	2	4%
total	50	100%

Fuente-entrevista aplicando cuestionario

Gráfica N°3

Distribución de la población según Nivel de Instrucción



(Un 82% de la población estudiada poseen primaria completa)

Tabla N°4

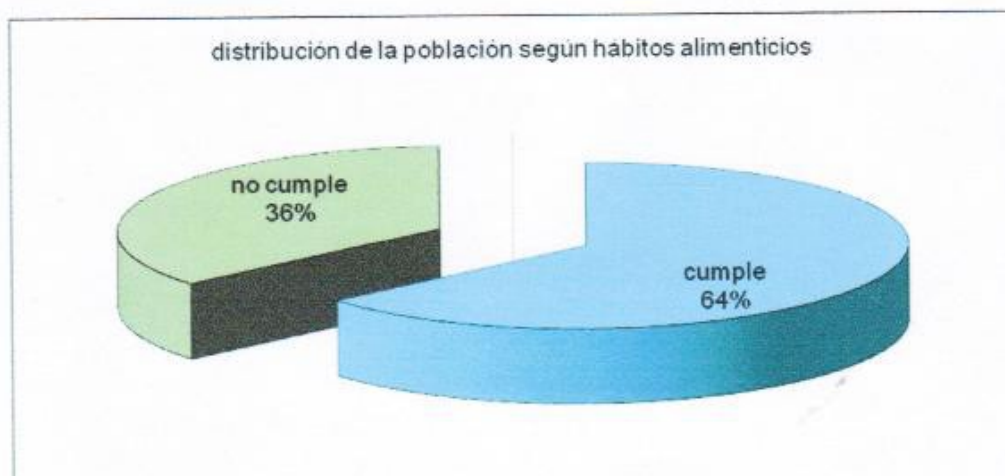
Distribución de la población según Hábitos alimenticios
Institución Privada noviembre 2013, Montevideo

HABITOS ALIMENTICIOS	FA	FR
Cumple	32	64%
No cumple	18	36%
Total	50	100%

Fuente-entrevista aplicando cuestionario

Gráfica N°4

Distribución de la población según Hábitos alimenticios
Institución Privada 2013



(El 64% de los usuarios cumple con la dieta prescripta)

Tabla N°5

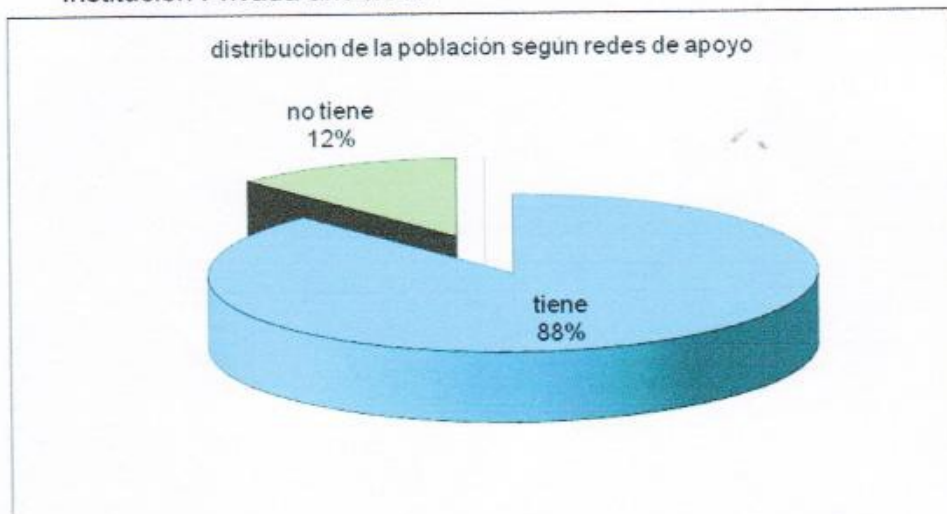
Distribución de la población según Redes de Apoyo
Institución Privada noviembre 2013, Montevideo.

REDES DE APOYO	FA	FR
Tiene	44	88%
No tiene	6	12%
Total	50	100%

Fuente-entrevista aplicando el cuestionario

Gráfica N°5

Distribución de la población según Redes de Apoyo
Institución Privada año 2013



(El 88% de los usuarios cuenta con
redes de apoyo)

Tabla N°6

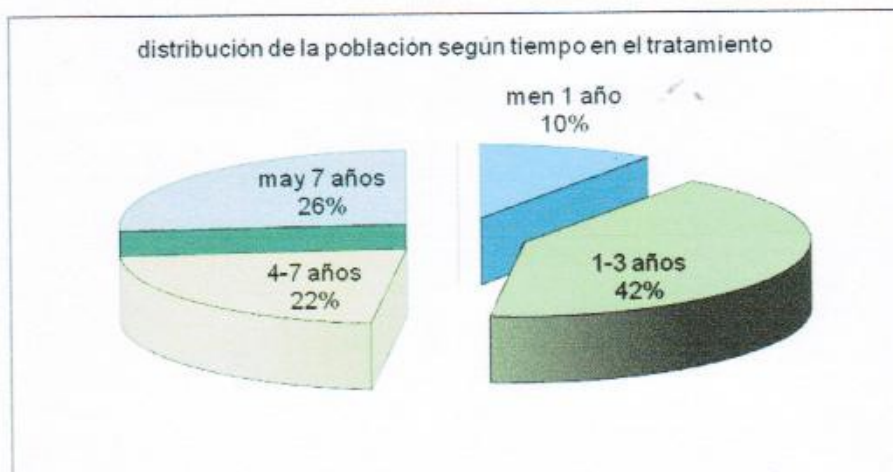
Distribución de la población según Tiempo en el tratamiento
Institución Privada año2013

TIEMPO EN EL TRATAMIENTO	FA	FR
Menos a 1 año	5	10%
1 a 3 años	21	42%
4 a 7 años	11	22%
Mas de 7 años	13	26%
Total	50	100%

Fuente –Entrevista aplicando el cuestionario

Gráfica N°6

Distribución de la población según Tiempo en el tratamiento
Institución Privada año2013



(Un 42% de la población se encuentra entre 1 a 3 años de tratamiento)

Tabla N°7

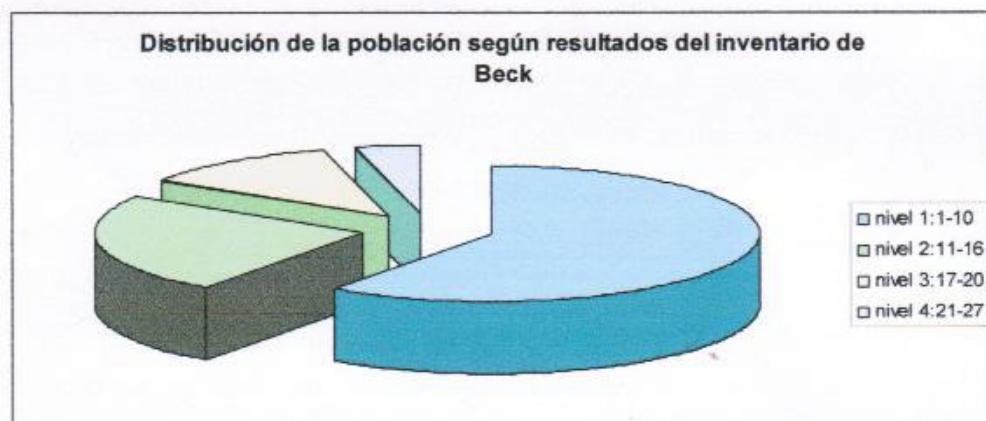
Distribución de la población según resultados del Inventario de Depresión de Beck
Institución Privada año 2013

NIVELES DEL INVENTARIO	FA
Nivel 1: 1-10	30
Nivel 2: 11-16	12
Nivel 3: 17-20	6
Nivel 4: 21-27	2
total	50

Fuente-aplicación del Inventario de Depresión de Beck

Gráfica N°7

Distribución de la población según resultados del Inventario de Depresión de Beck
Institución Privada año 2013



(Un número de 30 usuarios se encuentra en el nivel 1 del Inventario de Beck)

ANALISIS

La presente investigación se realiza en el período entre el 26 de agosto del 2013 al 13 de setiembre del mismo año .Se logran realizar 50 entrevistas en usuarios con tratamiento dialítico ,en una institución privada ,siendo éste nuestro N de la población en estudio.

De los resultados obtenidos se destaca un predominio del sexo masculino, con un 60%, contra un 40% del sexo femenino.

La franja etárea predominante es la que se encuentra ubicada en mayores de 65 años , con un 56% ,siguiendo con un 26% los ubicados entre 46 a 65 años , un 16% de 31 a 45 años y un 2% de 18 a 30 años de edad.

Con respecto a la ocupación , se encontró un 64% de usuarios jubilados , un 16% poseen empleo estable, un 8% están desocupados , ,un 6% posee empleo inestable,y un 6% son pensionistas.

En relación a las redes de apoyo , un 88% posee apoyo de su familia,y un 12% no la poseen.

Refiriéndonos al tiempo que se encuentran en tratamiento ,se observa que un 42% están en la franja de 1 a 3 años, un 26% con más de 7 años , un 22% de 4 a 7 años y un 10% hace menos de 1 año.

En cuanto a los datos obtenidos del inventario de depresión de Beck ,se destaca un número de 30 usuarios en el nivel 1 (estos altibajos son considerados normales),un numero de 12 usuarios en el nivel 2(leve perturbación del estado de ánimo),un número de 6 usuarios en el nivel 3 (estados de depresión intermitente)y 2 usuarios en el nivel 4(depresión moderada)

Cabe destacar que no se encontró ningún usuario con depresión grave ni extrema.

Realizando una comparación entre los datos recabados de la investigación realizada por Morano y Barrera ,en cuanto a depresión de pacientes en tratamiento de hemodiálisis ,vemos que en este se destaca la anhedonia

(incapacidad de experimentar placer, o pérdida de interés en actividades), insomnio, disminución de la libido.

En nuestra investigación coincidimos con que la anhedonia y el insomnio tienen un alto porcentaje en los usuarios que participaron del estudio.

En relación al estudio realizado por Murray y colaboradores en el cual se encontró que el deterioro cognitivo moderado y severo es frecuente en pacientes en tratamiento dialítico .

Definiéndose como deterioro cognitivo una enfermedad progresiva y degenerativa del cerebro que aún no tiene cura conocida.

Si bien cuando envejecemos pueden surgir problemas de memoria menores y lentitud en el pensamiento .Teniendo en cuenta que el rango etáreo predominante en nuestra investigación es el de mayores de 65 años , no encontramos índices elevados de deterioro cognitivo ,pero vemos lentitud en el pensamiento.

En nuestra investigación se destaca un elevado grado de cumplimiento de tratamiento ,no influyendo en este el sexo, la causa de la IRC , el tiempo en hemodiálisis .Cabe destacar que un 36% no cumple con el régimen alimenticio.

Los investigadores Bostwick y Cohen consideraron que el incumplimiento en el tratamiento , está asociado al suicidio.

Haciendo referencia a la investigación de Son y colaboradores que estudiaron a una población coreana con Enfermedad renal crónica que recibían hemodiálisis ,a quienes se les aplicó otro instrumento ,encontraron depresión leve a todos los pacientes ,y depresión mayor en el 25% de los usuarios.

En nuestra investigación destacamos que depresión mayor no se encontró en ningún usuario, y depresión leve a 6 de una muestra de 50 pacientes.

La depresión causada por una enfermedad crónica agrava el problema ,en especial si ésta causa dolor ,fatiga o limita la capacidad de la persona para interactuar con los demás .

Por esta razón un cierto grado de desesperación y tristeza es normal.

Cualquier dolencia crónica puede desencadenar depresión .

Los pacientes en hemodiálisis no recuperan la sensación de bienestar total a medida que el tratamiento progresa.

CONCLUSIONES

Como equipo de trabajo consideramos que con esta investigación se cumplió con los objetivos de trabajo planteados ,logrando conocer la incidencia de la depresión en pacientes dialíticos ,aplicando sin inconvenientes el inventario de depresión de Beck .

Las fortalezas de nuestra investigación fueron , la aceptación de la mayoría de los usuarios que concurren al centro de hemodiálisis para la aplicación del inventario de depresión de Beck, el poder realizar la investigación dentro del tiempo estipulado por el grupo, poder integrarnos en el sector de hemodiálisis, la colaboración del personal que nos recibió.

Las debilidades que encontramos fue el no poder realizar el estudio al 100% de los usuarios que allí se realizan el tratamiento debido a la negativa de un 10% de ellos .

PROPUESTAS DE ENFERMERIA

El equipo de enfermería debe actuar con un enfoque holístico en coordinación con el equipo multidisciplinario.

El objetivo principal es promover la cultura del autocuidado con la participación del paciente de manera efectiva y eficaz .

Establecer educación en salud y crear un vínculo de apoyo y confianza del binomio enfermero-paciente.

Debemos tener en cuenta que los pacientes con patologías crónicas, en especial, por nuestro estudio los que se encuentran en una unidad de hemodiálisis , se diferencian unos de otros según distintos parámetros ,de esto depende la estrategia que debemos utilizar como enfermeros.

El vínculo con el paciente debe estar basado en una relación de empatía .

Se debe intervenir de manera táctica , ya que existe una transferencia recíproca de confianza .

Nuestro papel es significativo en el vínculo , para aumentar la confianza y seguridad .

Participar en actividades recreativas , fomentan la capacidad de disfrutar, de sentir placer .(Virginia Henderson).

Depende del paciente el mejorar la percepción de su tratamiento crónico , mejorar el estado de ánimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ref 1-Contreras F , Esguerra G ,calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodialisis .Univ Psychol. Bogotá: Colombia: 2007.

Ref 2-Morano-Eslava JC ,Barrera BM.Estudio de prevalencia de depresión en pacientes en hemodialisis de la Unidad Renal Del Hospital Universitario San Ignacio.Bogotá: Colombia: 2000.

Ref 3-Hurtado –Olaya PA , Arango-Alvarez J.conceptualización del término calidad de vida para el paciente con enfermedad renal en hemodialisis y dialisis peritoneal. Asociación colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial.Bogotá: Colombia: 2012

Ref 4-Gómez A ,Aranda H , Delgado V , León A , Barreto F .Rehabilitación en el paciente con insuficiencia renal crónica en hemodialisis :efectos del tai chi sobre flexibilidad , coordinación y equilibrio de pacientes .Asociación colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial .Bogotá: Colombia: 2008.

Ref 5-Meluk S . El paciente con enfermedad crónica :factores psicológicos .Trib Med 1991 , pag 132-134.
www.who.int/topics/chronic_diseases/es.23/06/2013.16.09

6-Plan de salud mental y psiquiatría ,2005. Revista psicológica científica .com 16/06/2013 17:16 hs
www.nefrodial.com.ar/descargas/posición_kdigo_formulas-estimaciones-proteinuria-clasificación.pdf.23/06/2013.16.22

7-González y Lobo , 2001 Univ. Psychol. Vol 5 n° 3 Bogotá oct/dic 2006 .Revista scielo.
Tratado de diálisis peritoneal .Jesus Montenegro.Miguel.C.Riella.2009.Elseiver.España SL.traversera de Gresia 17-21.0804.Barcelona,España.

8-Depresión y Ansiedad en pacientes en hemodialisis:La creatividad para combatirlas .Rosario Amador Coloma , Eugenia Pons Raventos , Cecilia Espinosa Calderon .Medical care El Consul . Málaga .

ANEXOS

**INSTRUMENTO
DE
RECABACION
DE DATOS**

NOMBRE

HC-

SEXO F
 M

EDAD

18-30

31-45

46-65

Mayor de 65

NIVEL DE INSTRUCCION

Primaria completa

secundaria completa;

Estudios terciarios

OCUPACION

Empleado estable

Empleado inestable

,Desocupado,

Jubilado

, Pensionado.

HABITOS ALIMENTICIO

Cumple

No cumple

TIEMPO DE TRATAMIENTO

Menor a 1 año

De 1 a 3 años

De 4 a 7 años

Mayor a 7 años

REDES DE APOYO

Tiene

No tiene

Cuales.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

TEMA :depresión en pacientes con tratamiento de hemodialisis

La presente investigación es conducida por _____ perteneciente a la Universidad de la República, Facultad de Enfermería.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es meramente epidemiológica.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkuela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,

(se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

3

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

4

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

5

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

6

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20Estados de depresión intermitentes.
- 21-30Depresión moderada.
- 31-40Depresión grave.
- + 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.