

nephropathy. *Am J Kidney Dis* 1996; 28 (2): 202-8.

R. Valero, E. Rodrigo, C. Piñera y M. Arias

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Correspondencia: Rosalía Valero San Cecilio. rosaliavalero@yahoo.es. Hospital Clínico San Carlos. Cl. Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. España.

Psicofármacos y diálisis peritoneal

Nefrología 2008; 28 (6) 656

Sr. Director: El proceso de aceptación de una enfermedad crónica, conlleva a menudo problemas de adaptación y como consecuencia trastornos ansioso-depresivos reactivos a la nueva situación. Estos trastornos se pueden ver agravados por una situación de dependencia física, típica de pacientes con pluripatología.

Los pacientes con enfermedad renal crónica en programa de diálisis tienen además, con frecuencia, problemas de insomnio, lo que disminuye su calidad de vida y aumenta el riesgo de mortalidad¹. El síndrome de piernas inquietas es frecuente en pacientes urémicos y es un hecho cierto que empeora durante la noche, impidiendo un correcto descanso, además de ser un factor de riesgo de mortalidad². Por otra parte, se sabe que un empeoramiento de la calidad del sueño durante el primer año en diálisis está asociado a un acortamiento en la supervivencia³.

Se conoce que el uso de benzodiazepinas, que son los fármacos más empleados en el tratamiento de la ansiedad, es habitual en los pacientes en diálisis. Y que su empleo está asociado a alta mortalidad⁴⁻⁵.

Nos planteamos como objetivos del estudio analizar el estado de dependencia física, la comorbilidad, la frecuencia de trastornos ansioso-depresivos y del sueño, así como el consumo de psicofármacos (benzodiazepinas, hipnóticos no benzodiazepínicos y antidepresivos) de todos los pacientes de nuestra Unidad de Diálisis Peritoneal.

Para ello como metodología estudiamos a todos los pacientes de nuestro programa de Diálisis Peritoneal, a los que se les determinó el índice de Barthel (escala de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria), el índice de comorbilidad de Charlson-Bedhu y la escala de Hamilton para ansiedad-depresión. Se revisó el tratamiento para ver la frecuencia de consumo de psicofármacos.

Fueron un total de 10 pacientes, con edades comprendidas entre 33 y 77 años (media 56 ± 16). La permanencia media en programa de diálisis peritoneal fue de 12,85 meses $\pm 12,14$, rango (1-36) meses. El 40% estaban en diálisis peritoneal continua ambulatoria y el 60% en diálisis peritoneal automatizada. El índice de comorbilidad de Charlson modificado dio una puntuación media de $5,5 \pm 2,14$, rango (4-11). Según la escala de Barthel el 10% presentaba dependencia grave (35 puntos), el 20% dependencia leve (75 y 85 puntos), siendo el resto (70%) independiente (100 puntos). Los resultados de la escala de ansiedad-depresión de Hamilton fueron que el 20% presentaba ansiedad (+ de 8 puntos), el 10% puntuaba en rango de depresión (+ de 18 puntos). En cuanto al insomnio, el 50% no presentaba dificultades para dormir. El otro 50% se despertaba durante la noche y el 30% no podía volver a dormirse de nuevo. Respecto al consumo de psicofármacos, 2 pacientes consumían benzodiazepinas, 1 paciente era consumidor de Zolpidem, 1 consumía antidepresivos, y otro antidepresivo y benzodiazepinas.

Podemos concluir que nuestra población tenía una comorbilidad media-alta. La mayor parte de nuestros pacientes eran independientes para sus actividades de la vida diaria, el 70%. El 30% de nuestros pacientes padecía algún trastorno ansioso-depresivo. El insomnio resultó ser muy frecuente, estaba presente en el 50%. Y que el consumo de psicofármacos era bastante habitual, el 50% de nuestros pacientes consumía algún fármaco de este tipo.

1. Elder SJ, Pisoni RL, Akizawa T, Fissell R, Andreucci VE, Fukuhara S, Kurokawa K, Rayner HC, Furniss AL, Port FK, Saran R. Sleep

quality predicts quality of life and mortality risk in haemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23 (3): 998-1004.

2. Kavanagh D, Siddiqui S, Geddes CC. Restless legs syndrome in patients on dialysis. *Am J Kidney Dis* 2004; 43 (5): 763-71.
3. Unruh ML, Buysse DJ, Dew MA, Evans IV, Wu AW, Fink NE, Powe NR, Meyer KB. Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease (CHOICE) Study. Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1 (4): 802-10.
4. Winkelmayer WC, Mehta J, Wang PS. Benzodiazepine use and mortality of incident dialysis patients in the United States. *Kidney Int* 2007; 72 (11): 1388-93.
5. Fukuhara S, Green J, Albert J, Mihara H, Pisoni R, Yamazaki S, Akiba T, Asano Y, Saito A, Port F, Held P, Kurokawa K. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney Int* 2006; 70 (10): 1866-72.

A. Sastre López, M. R. Bernabéu Lafuente, M. V. Íñigo Vanrell y J. M. Gascó Company

Servicio de Nefrología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Correspondencia: Aránzazu Sastre López. aranzasastre@hotmail.com. HUCA. Avda. Fernández Ladreda, 30. 24005 León. España.

Acidosis tubular renal inducida por topiramato. A propósito de un caso

Nefrología 2008; 28 (6) 656-657

Sr. Director: El Topiramato es un antiepiléptico, usado también en el trastorno bipolar, dolor neuropático y migrañas. Secundariamente puede producir, entre otros, acidosis metabólica por pérdida renal de bicarbonato y acúmulo de CO₂ a nivel cerebral, por su efecto inhibitorio de la anhidrasa carbónica (renal y la localizada en neuroglía, mielina y plexo coroideo).

Presentamos el caso de un varón de 58 años con historia de epilepsia tipo ausencias en tratamiento con Topiramato (150 mg/día) desde hacía 10 años. Presentaba también insuficiencia renal crónica (IRC) no estudiada con CrS basal de 2 mg/dl, hipersomnolencia en estudio y tromboembolismo pulmonar (TEP) secundario a trombosis venosa