

CUIDADO DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DIAGNOSTICADO CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. CON SIGNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

“Nursing care of patients diagnosed with chronic renal failure. Signs with anxiety and depression.”

Carlos Ballesteros¹, Oscar Aguinaga², Maria Orfa Ochoa³, Leonor Luna⁴,
Gloria Urbano⁵.

1. Estudiante de Enfermería de X Semestre Facultad de Enfermería, Universidad Nacional De Colombia
2. Profesor Titular, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; Enfermero, Psicólogo, Magister en Desarrollo Social y Educativo.
3. Profesora Asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia; Enfermera, Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Especialista en Educación Sexual, Maestría en Mujer Género y Desarrollo.
4. Profesora Asociada Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia; Magister en Gerontología social, Magister en Educación de Adultos.
5. Profesora Asociada a la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; Enfermera, Comunicadora social. Especialista en Salud Mental y Psiquiatría, Magister en Enfermería, con Énfasis en Familia.

Correo electrónico: cfballesteroso@unal.edu.co

Recibido:	20	01	2013	Revisado:	22	04	2013
Corregido:	13	05	2013	Aceptado:	15	06	2013

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 Harvard ICONTEC x

RESUMEN:

*El paciente con Enfermedad Renal Crónica (ERC), es una persona que se somete a diferentes intervenciones y tratamientos médicos, todas estas estrategias enfocadas a solucionar sus problemas biológicos, de alteraciones fisiológicas en el proceso de filtración del riñón, a la vez se hace evidente la falencia en el cuidado en la esfera psicológica del paciente diagnosticado con Enfermedad Renal Crónica, paciente que comúnmente presenta signos de ansiedad y depresión debido a su diario vivir terapéutico, el artículo analiza la situación desde la evidencia de una investigación hecha en una población con diagnóstico de ERC, y propone un esquema para el cuidado integral del paciente. **OBJETIVO:** Formular un plan de cuidado de enfermería para la atención de personas con signos y síntomas de ansiedad y*

depresión, que tengan enfermedad de base Insuficiencia Renal Crónica. **JUSTIFICACIÓN:** partiendo de los resultados de la investigación “Signos y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Enfermedad Crónica No Trasmisible” donde se encontró que de 201pacientes que participaron en la investigación; 27 personas estaban diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica, de estos 27 pacientes 74% presenta Ansiedad (Valorada con escala HADS), y 74% signos de Depresión (Valorada con la Escala de Beck II) en algún grado, estos resultados resaltan la importancia de las intervenciones desde enfermería tanto a nivel orgánico como mental del consultante y de su Red de apoyo. **METODOLOGÍA:** Estudio Exploratorio - Transversal, realizado en el Hospital Universitario Mayor de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – MEDERI, en la ciudad de Bogotá durante el año 2010-2 - 2011-1, teniendo como muestra 201 pacientes diagnosticados con enfermedades crónicas no transmisibles **RESULTADOS:** 14.8% de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica IRC presentan Signos de Ansiedad (Problema Clínico, valorado con la Escala HADS), y un 29.6% se encuentra en un estado dudoso que representa un riesgo para el paciente, debido a su vulnerabilidad de pasar a un problema clínico; El 74 % de las personas presentan algún grado de depresión(valorado con la Escala BECK II), leve 37%, moderada 18%, y grave 19%, 26% sin depresión, población a la cual se debe intervenir en salud mental de forma preventiva, para que no presenten ansiedad ni depresión. **CONCLUSIONES:** Existe una alta probabilidad que el paciente hospitalizado diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica padezca signos de Ansiedad y Depresión, creando así un ambiente tenso y problematizante para la persona, su entorno, y el equipo de salud; por lo tanto se debe implementar estrategias de cuidado personalizado al paciente para intervenir en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y profilaxis de alteraciones mentales que complejicen el diagnostico orgánico.

Palabras Clave: cuidado, enfermería, insuficiencia renal crónica, salud mental, ansiedad y depresión

ABSTRACT

The patient with chronic kidney disease (CKD) is a person who is subjected to different interventions and treatments, all of these strategies focused on solving their problems biological, physiological changes in the kidney filtration process, while it is evident the failure in care on psychological diagnosis of the patient with chronic kidney disease, patients commonly show signs of anxiety and depression due to their daily lives therapeutic, the paper analyzes the situation from the evidence of an investigation conducted in a population with diagnosis ERC, and proposes a framework for comprehensive patient care. **OBJECTIVE:** Develop a nursing care plan for the care of people with signs and symptoms of anxiety and depression, which have underlying disease CKD. **JUSTIFICATION:** based on the results of the investigation "Signs and symptoms of anxiety and depression in patients with chronic non-communicable" which found that of 201pacientes who participated in the

investigation, 27 people were diagnosed with CKD, of these 27 patients 74 % with anxiety (assessed with HADS), and 74% signs of depression (assessed with the Beck Scale II) to some degree, these results highlight the importance of nursing interventions from both organic and mental consultant and its Network support. Exploratory study - Transverse, conducted at the University Hospital of the Hospital Corporation Mayor Juan City - Mederi in Bogotá during the year 2010-2 - 2011-1, with the sample 201 patients diagnosed with chronic noncommunicable diseases RESULTS : 14.8% of patients diagnosed with chronic renal failure show signs of anxiety IRC (clinical problem, assessed with the HADS), and 29.6% are in doubtful condition that poses a risk to the patient, because of their vulnerability move to a clinical problem, 74% of people have some degree of depression (assessed with the Beck Scale II), 37% mild, 18% moderate, and severe 19%, 26% without depression, population that should mental health intervene preventively, for not showing anxiety or depression. CONCLUSIONS: There is a high probability that the hospitalized patient diagnosed with CKD suffer signs of anxiety and depression, creating a tense atmosphere and problematizing for the person, their environment, and the health team, so strategies must be implemented personalized patient care to intervene in health promotion, disease prevention and prevention of mental disorders complejicen organic diagnosis.

Keywords: care, nursing, chronic kidney failure, mental health, anxiety and depression

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que en la actualidad no se categoriza en un grupo específico de edad, es decir que afecta a todas a las persona en cualquier etapa de su ciclo vital, adicionalmente es considerada en Colombia dentro del grupo de las patologías más costosas, y de mal pronóstico¹. La insuficiencia renal crónica (IRC), es un estado de desequilibrio en el organismo producido por distintas enfermedades que lesionan el riñón y obstaculizan sus funciones vitales de regulación del medio interno. El pronóstico del paciente es el fallecimiento sino se le ofrecen tratamientos que sustituyan, suplan, o cooperen con la función renal.²

En palabras más técnicas, existe una IRC cuando los riñones no son capaces de eliminar los productos de degradación metabólica o de mantener funciones reguladoras. Las sustancias normalmente eliminadas por la orina (Sodio, Potasio, y desechos del organismo) se acumulan en los fluidos corporales como resultado la afectación en la excreción renal, y que con lleva a una ruptura en las funciones

endocrinas y metabólicas, así como generar alteraciones electrolíticas y en reacciones ácido - base.^{3*4}

La insuficiencia renal crónica (IRC) o Enfermedad Renal Crónica (ERC), como se conoce en la literatura actualizada, es una enfermedad de alto costo así lo refiere el estudio de Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo en su estudio "*Enfermedad Crónica en Colombia*" del año 2009⁵, en este artículo se ilustran las enfermedades crónicas y su contexto, entre ellas la ERC, que mediante el análisis de la base de datos de las Administradora De Planes De Beneficio (A.P.B.) se realiza la categorización de persona diagnosticadas con la enfermedad; 22.47% (388.931 de 1.730.890 personas de la muestra total) de la base de datos clasifica en el ítem de ERC (entendido como la enfermedad diagnosticada con daño renal hace más de tres meses, con alteración funcional o estructural, con o sin disminución de la tasa de filtrado glomerular), esta patología es clasificada de alto costo debido a su duración, categorización de complejidad, tratamiento, y por la presencia de enfermedades concomitantes.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que afecta como ya se mencionó, el "filtro" de nuestro cuerpo, el órgano encargado de eliminar o reabsorber las sustancias que recorren el cuerpo, se puede inferir entonces que cualquier desequilibrio en este proceso netamente biológico, puede alterar la esfera psicológica, debido a que el humano es un ser Holístico conformado por dimensiones que se relacionan entre sí, en un completo equilibrio (biológico, psicológico, social, político, cultural, religioso, entre otras) que en cualquier caso de desequilibrio de alguna de estas esferas, se comprometen las otras de forma concomitante, y paralela. (Valdés, 2000)⁶. Este artículo centra la atención en la alteración mental generada a consecuencia del desequilibrio en la esfera biológica del paciente diagnosticado con IRC, que según el estudio realizado en el 2010⁷ presentan signos de ansiedad y depresión, teniendo en cuenta que la ANSIEDAD, según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) en el 2010 se define como Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, la cual en términos más específicos clínicamente se define como la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente⁸.

En tanto que la DEPRESIÓN según la RAE es definida como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, mientras que para la Organización Mundial de la Salud OMS en el 2008 es considerada como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima,

trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. A la vez la estima como la segunda enfermedad más común y crónicamente más costosa del mundo⁹, dejando claro que se ve agravada por enfermedades concomitantes como la ansiedad, trastornos mentales, o alteraciones biológicas (ERC). Todo lo que se plantea, describe y define, es el abrebocas de lo que contiene este escrito, siendo el escalón inicial para crear la mejor estrategia de intervención de enfermería a pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica, que presente adicionalmente signos de Ansiedad y Depresión, que podrían complejizar su pronóstico.

SIGNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA ERC

Tal y como lo expresa Paraskevi Theofilou en su artículo¹⁰, los pacientes diagnosticados con ERC tienen una peor calidad de vida, comparado con pacientes que tienen otras Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), lo anterior asociado a varios factores como lo son el tratamiento agresivo para su enfermedad (diálisis, hemodiálisis, fármaco terapia, modificación de los hábitos de vida, entre otras), que llevan al paciente a un estado mental en el que se vuelve vulnerable a la generación de ansiedad y depresión, que de no ser detectados por los profesionales de la salud en estados iniciales pueden llevar a alteraciones mentales mucho más severas.

La depresión en estos pacientes puede llegar a un nivel alarmante, tal que el paciente puede entrar en un nivel de desequilibrio mental, en el que empiezan a tener pensamientos e ideas de atentar contra su vida (ideaciones suicidas, suicidio), la investigación "Depression And Suicidal Tendency In Patients With Chronic Renal Failure Treated By Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis And Hemodialysis"¹¹, da a conocer información importante de la clasificación de personas con mayor riesgo de ideaciones suicidas y posteriores suicidio, se encuentra en los primeros lugares el paciente diagnosticado con ERC, que este en tratamiento con hemodiálisis o diálisis peritoneal, siendo su factor pre disponente al riesgo el tratamiento de su patología inicial (la ERC).

Las características somáticas típicas de un paciente con depresión son muy parecidas a las de un paciente que sufre de UREMIA (enfermedad que aparece como consecuencia de una ERC) estas características son Alteración del patrón de sueño (insomnio, somnolencia), fatiga, diaforesis, olor Úrico, anorexia, alteraciones gastrointestinales, disforia, signos que se verán intensificados si el paciente se encuentra en terapias Diálisis peritoneal y la Hemodiálisis¹² que alteren su rol social, en tanto que ocupan gran parte del tiempo del paciente en horas, días o semanas, de

varios días de la semana, por lo tanto compromete la vida cotidiana del paciente y lo aísla de su redes de apoyo, y por lo consiguiente impide su interacción social.

Entendiendo y analizando el anterior contexto del paciente con ERC, y que adicionalmente se vea afectado con signos de Ansiedad y Depresión se infiere que cualquier alteración en la esfera Mental del paciente tendrá como consecuencia el no cumplimiento del régimen terapéutico, o complicaciones en la adherencia al mismo, aislamiento social por la disponibilidad de tiempo que requiere el tratamiento que le limita la interacción con su entorno, y de no ser detectados e intervenidos tempranamente, quien los padece se ve expuesto a presentar trastornos mentales mucho más graves, como el intento de suicidio y suicidio.

EPIDEMIOLOGIA

En 1997, la tasa de pacientes que iniciaron tratamiento (incidencia) por Enfermedad Renal Crónica en Estados Unidos, Japón y Singapur fue de 29.6, 22.9 y 15.8 por 100.000 habitantes, respectivamente.¹³

La prevalencia bruta de ERC en Colombia es 0.87%. Según Coresh (2005) a comparación de la del ámbito mundial que es del 10%¹⁴, pero los datos anteriores, en comparación con otras patologías, no parece ser de relevancia estadística, pero tiene un adicional, y es que la ERC o IRC en sus estados iniciales son Asintomáticos, es decir que muchos habitantes del mundo pueden tener o estar desarrollando el proceso patológico de la IRC, y puede que asistan a la consulta médica, pero por su desarrollo asintomático no es clasificada, los estadios tempranos de la IRC o ERC, no son detectados o son subestimados por lo tanto estadísticamente los casos de esta enfermedad no son relevantes¹⁵, además en Colombia las datos son inconcluso poco confiables, debido a errores en el diligenciamiento de los formularios registro y notificación epidemiológica, sin embargo el Ministerio de Protección Social, en su Resolución 3186 de 2003, quien presenta la redistribución de las patologías consideradas como de alto costo (VIH - SIDA, IRC) señala que aproximadamente 2.368 pacientes se movilizarían entre EPS, para poder recibir su tratamiento, teniendo en rango de edad desde los 0 años hasta > de 60 años.

La Tabla 1, ilustra unas cifras escalofriantes de aproximadamente la masa de pacientes diagnosticados en Bogotá en Abril del año 2003 que reciben tratamiento de diálisis, 9 años después año 2012 se puede afirmar que esta población se ha multiplicado, debido a los esfuerzos realizados por la administración de los centros de salud para mejorar el diligenciamiento y notificación de casos, se desconoce en qué porcentaje.

Tabla 1. Pacientes en tratamiento de diálisis, perteneciente al régimen contributivo

Mes reportado	Pacientes ISS	Participación ISS %
Enero	4.813	78
Febrero	4.802	79
Marzo	3.441	70
Abril	5.436	79
Mayo	5.267	78
Junio	5.631	79
Promedio	4.899	77

Enero-junio de 2003 Fuente: ISS, Congreso Sectorial de Salud, Bogotá, abril de 2003.

Tabla Nº 2 Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1,73 m ²)
---	Riesgo aumentado de ERC	≥ 60 con factores de riesgo*
1	Daño renal † con FG normal	≥ 90
2	Daño renal † con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 ó diálisis

FG, filtrado glomerular.

Tomada de: CABRERA, S. Soriano Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica, Revista De Nefrología. Volumen 24. Suplemento Nº 6 • 2004

En Colombia según el estudio de enfermedades de alto costo del 2009 citado en la página 2, y utilizando la base de datos de la APB, aparecen los casos de IRC o ERC, registrados en la base de datos clasificados por su estadio (que puede ser de uno a cinco según tabla 2), y se puede analizar que en porcentajes es más común encontrar pacientes registrados y diagnosticados con IRC o ERC en estadio 2 y 3, como se observa en la tabla 3. Esta misma tabla nos ilustra los casos más comunes son los de

ERC o IRC en estadio 1, pero por su asintomatología pasa desapercibido; el 40.4% (de 388.931) del estadio 2 es alarmante, debido a las características que tiene esta patología en este estadio, como se ve en la tabla 2

Por lo que se reconoce la importancia de reportar, registrar, prevenir y tratar la IRC o ERC en estadio 1, para evitar el desarrollo crónico de la enfermedad, haciendo uso de la guía que sugiere CABRERA 2004, que se describe a continuación en la Tabla 4.

TABLA 3. PORCENTAJE SEGUN DE LA E.R.C

ESTADIO ERC	Frecuencia	%	Intervalo de Confianza del 95%
1	63,759	16.4%	(16.3;16.5)
2	157,069	40.4%	(40.2;40.5)
3	135,924	34.9%	(34.7;35.0)
4	11,670	3.0%	(2.94;3.10)
5	20,509	5.3%	(5.20;5.34)
TOTAL	388,931	100.0%	

Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 Medición 30 de Junio de 2009

Anexo a estos datos epidemiológicos de incidencia y prevalencia de la IRC, y su contexto patológico, se observa que en Colombia, el tratamiento de esta enfermedad va enfocado al aspecto biológico (físico), es decir que el objetivo del tratamiento básicamente es solventar o recuperar la función específica del riñón, sin embargo en este momento se ha incluido como parte del tratamiento, intervenir en el área mental de quien padece esta enfermedad y en su red de apoyo. Después de la anterior contextualización, surgen preguntas como: ¿Ha parte de que su función renal, que está comprometida, existirá alguna otra alteración en otros sistemas? ¿Hay alteración a nivel mental? ¿Cómo afrontan los pacientes este nivel de estrés, y alteración de su vida cotidiana? ¿Qué sentimientos experimentan los pacientes que están sometidos al tratamiento de los síntomas propios de la patología?

Tabla N°4 Plan de actuación en los distintos estadios de enfermedad renal crónica

Estadio	Descripción	Plan de actuación
-----	Situaciones de riesgo de enfermedad renal crónica (ver Tablas 4 y 11)	Despistaje periódico de enfermedad renal crónica y manejo adecuado de cada situación de riesgo para prevenir la enfermedad renal
1	Daño renal con FG \geq 90 ml/min/1,73 m ²	Diagnóstico y tratamiento adecuado a cada causa; tratamiento de las condiciones comórbidas; tratamiento para frenar la progresión de la enfermedad renal. Prevención cardiovascular
2	Daño renal con FG 60-89 ml/min/1,73 m ²	Igual que el anterior y estimación de la progresión de la enfermedad renal
3	FG 30-59 ml/min/1,73 m ²	Igual que el anterior y evaluación y tratamiento de las complicaciones de la enfermedad renal crónica. Prevención cardiovascular
4	FG 15-29 ml/min/1,73 m ²	Igual que el anterior y preparación, si procede, del tratamiento renal sustitutivo
5	FG < 15 ml/min/1,73 m ²	Tratamiento renal sustitutivo si procede y prevención cardiovascular

Tomado de : CABRERA, S. SORIANO Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. prevalencia. claves para el diagnóstico precoz. factores de riesgo de enfermedad renal crónica, Revista De Nefrología. Volumen 24. Suplemento N° 6 • 2004

Es importante identificar otros síntomas o signos que hacen presencia en el paciente diagnosticado con Insuficiencia Renal, y que afecten de cualquier forma el desarrollo de su vida cotidiana y su calidad de vida.

OBJETIVO

Formular un plan de cuidado de enfermería para la atención de personas con Diagnostico de Insuficiencia Renal Crónica que presentan signos de ansiedad y depresión.

JUSTIFICACIÓN

Partiendo de los resultados de la investigación “Signos y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con Enfermedad Crónica No Trasmisible” donde se encontró que de 201pacientes que participaron en la investigación 27 personas estaban diagnosticadas con Insuficiencia Renal Crónica, 74% presenta Ansiedad (Valorada con escala HADS), y 74% signos de Depresión (Valorada con la Escala de Beck II) en algún grado, estos resultados resaltan la importancia de las intervenciones desde enfermería tanto a nivel orgánico como mental del consultante y de su Red de apoyo.

Se decide Formular un plan de cuidado de enfermería a partir de diagnósticos centrados en la salud mental (sin dejar de lado las otras esferas) que faciliten o motiven al profesional de enfermería a intervenir con el paciente con IRC y su red de apoyo, detectando tempranamente signos y síntomas de depresión y ansiedad que llevan a las persona al sumergirse en la no adherencia al tratamiento, aislamiento familiar y social, hospitalizaciones prolongadas y complicaciones quizás más fuertes como ideas suicidas y/o suicidio.

Argumentado el plan de cuidado con una amplia revisión bibliográfica, bases de datos, teniendo en cuenta que el conocimiento y la información escrita acerca de este tema es escasa, y frente a las intervenciones de enfermería a nivel de salud mental en un paciente diagnosticado con IRC es aún más escasa; deja en claro que es de vital importancia intervenir la esfera (mental) en un paciente sea cual sea su diagnóstico, siempre y cuando se busque cumplir a cabalidad el objetivo que es el de dar un cuidado personalizado, efectivo y holístico.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio Exploratorio Transversal, realizado en el Hospital Universitario Mayor de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad - MEDERI, en la ciudad de Bogotá del año 2010 a 2011, teniendo como muestra 201 pacientes diagnosticados con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, de los cuales 27 pacientes tenían como diagnóstico Insuficiencia Renal Crónica, este grupo de 27 persona con el cual se trabajó para la realización de este artículo. La muestra incluye 20 hombres y 7 mujeres, que se encontraban hospitalizados en el servicio de sala de emergencias "SALEM", en dicha institución prestadora de salud.

A esos 27 pacientes se les aplico 3 instrumentos de evaluación, en primera instancia un instrumento de recolección de datos socio demográficos donde se realizan preguntas como, Nombre, Edad, Sexo, Estado Civil, Procedencia, Enfermedades adicionales, Antecedentes de Trastornos Mentales, el segundo instrumento es la escala de Beck II, instrumento creado para evaluar el índice de depresión en un paciente, y el tercero es la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), utilizada para identificar los signos de ansiedad y depresión; consecuente con el objetivo de la investigación en términos de identificar signos y síntomas de ansiedad y depresión en personas diagnosticadas con insuficiencia renal.

RESULTADOS

Como resultado del análisis de los datos recolectados con los tres instrumentos de valoración (1. Socio-demográficos, 2. Escala BECK II, y 3. Escala HADS) se encuentra que; en lo relación a los datos socio-demográficos: La muestra de 27 pacientes con IRC que participaron en la investigación 74.5% son hombres y 24.5% son mujeres, que se encuentran en rango de edad desde los 20 años hasta los 74 años, rango de edad bastante amplio, adicionalmente hay tres datos relevantes que se dan a conocer en la tabla 5, estado civil casado que tiene el mayor porcentaje (44.4%), la patología concomitante con mayor porcentaje es la Hipertensión Arterial (H.T.A.) con un 88%; los pacientes la mayoría son proceden del área andina del país el 88%.

Tabla 5. RESULTADOS INSTRUMENTO DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS			
		%	NoPacientes
Sexo	Hombres	74.5 %	20
	Mujeres	24.5%	7
	Total	100%	27
Edad	20- 39 años	11.1%	3
	40- 59 años	25.9%	7
	60 o mas	62.9%	17
	Total	100%	27
Estado Civil	Soltero/a	22.2%	6
	Union Libre	29.6%	8
	Casado/a	44.4%	12
	Viudo/a	3.7%	1
	Total	100%	27
Patologías concomitantes	H.T.A.	88%	24
	Diabetes	37%	10
Procedencia	Andina	88 %	24
	Caribe	7.4%	2
	Ns/Nr	4.5%	1
	Total	100%	27
Antecedentes Enfermedad mental	Depresión	18.5%	5

Elaborado por: Ballesteros Carlo, Bogotá D.C., 2012.

Seguidamente medida se dan a conocer los resultados de los dos instrumentos adicionales la Escala BECK II, y la Escala HADS, que sirvieron como herramienta indispensable para la detección de los signos de ansiedad y depresión en pacientes

diagnosticadas con IRC, resultados que se encuentran adjuntos y consignados en la tabla 6; los pacientes se encuentran en algún grado de depresión, el 74% de los 27 pacientes están en nivel ya sea Leve, Moderada o Grave, expresando así la necesidad inmediata de realizar intervenciones de salud mental en estos pacientes con signos de depresión, y el 25.9% restante que está categorizado en el ítem sin depresión debido al puntaje de la escala, invita a intervenir desde enfermería en la prevención de Signos de depresión y promoción de la salud mental y física.

Lo que respecta a la escala HADS, cuyo contenido valora tanto la depresión como la ansiedad, esta última se categorizó según los resultados de la siguiente forma en la parte Normal 55.5%, Dudoso 29.6%, Problema Clínico 14.8% (4 pacientes), tal y como lo muestra la Tabla 6 .

Tabla 6. Resultados instrumentos de Valoración (BECK II. HADS)				
ESCALA		RESULTADO	Nº PERSONAS	%
Beck II		Sin Depresión	7	25.9%
		Depresión Leve	10	37%
		Depresión Moderada	5	18.5%
		Depresión Grave	5	18.5%
		TOTAL	27	100%
HADS	Depresión	Normal	19	70.3%
		Dudoso	6	22.2%
		Problema Clínico	2	7.4%
		TOTAL	27	100%
	Ansiedad	Normal	15	55.5%
		Dudoso	8	29.6%
		Problema Clínico	4	14.8%
		TOTAL	27	100%
<u>PUNTUACIÓN ESCALA BECK II</u>		0-9 Sin Depresión; 10-18 Depresión Leve; 19-29 Depresión Moderada; 30-63 Depresión Grave		
<u>PUNTUACIÓN ESCALA HADS</u>		0-7 Normal; 8-10 Dudoso; >10 Problema Clínico (Mismo puntaje para escala depresión y ansiedad HADS)		

Elaborado por: BALLESTEROS; O. Carlos F., Bogotá D.C., 2012.

1. El 74 % de las 27 personas participantes en el estudio y diagnosticadas con insuficiencia renal crónica (IRC), tienen signos de depresión en algún grado,

identificándose así como la población objetivo de las intervenciones en de enfermería salud mental para ayudar a los pacientes en el afrontamiento de su enfermedad, concibiendo al individuo como ser Holístico.

2. **14.8%** de las personas participantes ya presenta problema clínico de ansiedad, categorizándose en una población en riesgo de no adherencia al tratamiento debido a su estado mental en desequilibrio, los porcentajes siguientes son 29.6% en estado dudoso, son los pacientes a los cuales se les debe realizar intervenciones de enfermería buscando prevenir los signos y síntomas de ansiedad; promoción de salud mental ya que se encuentran vulnerable a problemas clínicos.
3. La edad no muestra ser determinante para poner en riesgo o proteger a los pacientes para generar signos y síntomas de ansiedad, la enfermedad aparece en cualquier rango de edad.
4. El género NO muestra ser determinante, no hay relación, ni predisposición individualizada a los signos de depresión, ni de ansiedad, si es de género masculino o femenino, independientemente del género están expuestos a adquirir signos y síntomas depresión, cuando se está diagnosticada una IRC.
5. El déficit del auto cuidado; ansiedad; afrontamiento inefectivo; son diagnósticos de enfermería que toman relevancia acompañando a los diagnósticos típicos de una IRC como lo son desequilibrio hidroelectrolítico, dolor agudo o crónico, riesgo de infección y riesgo de desequilibrio de líquidos^{16*17}.
6. De forma clara se identifica que si existe un desequilibrio marcado a nivel emocional en pacientes hospitalizados diagnosticados con insuficiencia renal crónica, hombre y mujeres entre los 20 años y los 74 años, condición que motiva al profesional en enfermería a formular un plan de cuidado para poder realizar una intervención de forma integral y holística.

CONCLUSIONES

Existe una problemática marcada en los pacientes diagnosticados con IRC que participaron en el estudio de investigación, un porcentaje alto presenta signos de ansiedad y depresión 74%, es necesario incrementar la intensidad del cuidado de Salud mental a nivel interdisciplinario en las personas con Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, en particular con los pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica con el objeto de detectar e intervenir efectivamente en la fases tempranas de aparición de estos signos, con el fin de prevenir el avance de depresión leve a depresión grave, ideaciones suicidas, suicidio, muerte del paciente por inefectividad del tratamiento.

Se debe realizar un cuidado de enfermería personalizado y de calidad, utilizando sus conocimientos integrales en pro del mejoramiento de la calidad de vida del paciente, y aumento de la efectividad del tratamiento de la IRC para facilitarle al consultante resolver sus necesidades en todas las dimensiones (Bio, Psico, Social).

A continuación se presenta una propuesta de diagnóstico e intervenciones de enfermería para utilizarla en el cuidado de pacientes diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica que tiene signos de ansiedad y depresión, lo anterior basado en la experiencia del autor del artículo, dejando en claro que debe modificarse para cada paciente, para motivar al pacientes para que el sea el protagonista en la búsqueda y solución de sus propias necesidades y así brindar un cuidado de calidad.

La Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. A.E.N.T.D.E. Mayo 2001 define el diagnóstico de enfermería como el juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente. Que se comprende de tres partes:

- N.A.N.D.A.: Diagnóstico
- N.I.C.: Intervenciones
- N.O.C.: Resultados

Se propone continuar con esta revisión en otras patologías, extendiendo la generación de propuestas de diagnósticos de enfermería para la intervención de calidad en el cuidado de los pacientes.

Dominio 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

<p>NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)18</p> <p><i>00078 manejo inefectivo del régimen terapéutico</i> R/C desequilibrio emocional y psicológico S/A ansiedad y depresión E/P signos y síntomas de ansiedad y depresión; no uso de estrategias para mantener el control y la</p>	<p>NIC (Nursing Interventions Classification)19</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4420: Acuerdo con el paciente, mediante una conversación efectiva, dialogo, generar empatía y escucha activa, para identificar los factores que invitan a no hacer caso omiso a las recomendaciones médicas, es claro que si no hay colaboración del paciente en el tratamiento, es igual o más grave como si no se estuviera realizando intervención. • 4350: Manejo de la conducta, inmediatamente se identifiquen los factores influyentes en la anterior conducta, se debe intervenir mediante la negociación de esas conductas para la modificación de las actitudes perjudiciales para el desarrollo y efectividad del tratamiento.
--	---

<p>normalidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5230: Aumentar el afrontamiento, es de vital importancia se claro con el paciente en términos médicos, es derecho del paciente conocer su estado de salud y enfermedad, el enfermero en salud mental debe estar en la capacidad de comunicar esa información y guiar al paciente para que encuentre el camino de afrontamiento y asimilación de su estado, para que así se convierta en un miembro más del personal de salud, que colabore en el mejoramiento de su calidad de vida.
	<p style="text-align: center;">Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>1823 CONOCIMIENTO: FOMENTO DE LA SALUD</p> <p>Definición: Grado de comprensión transmitido sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima.</p> <p style="text-align: center;">Escala</p> <p style="text-align: center;">Ningún conocimiento (1); conocimiento Escaso (2); conocimiento Moderado (3); conocimiento Sustancial (4); Conocimiento Extenso (5).</p>

Dominio 10 PRINCIPIOS VITALES

<p>NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)</p>	<p style="text-align: center;">NIC (Nursing Interventions Classification)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5250: Apoyo en toma de decisiones, el profesional de enfermería debe estar acompañando al paciente en el proceso de afrontamiento de cada etapa de su enfermedad, como anteriormente se mencionó, debe convertirse en su guía, el que aboga por el bienestar, pero el que aporta al paciente “tips de comportamiento saludable”, para que el paciente tome conciencia de su estado, y pueda tomar decisiones, que permitan el buen desarrollo de la intervenciones en salud, y posteriormente favorezca el trabajo del grupo
--	---

<p>00066 <i>sufrimiento espiritual</i> R/C desequilibrio psicológico por estrés S/A hospitalización y exposición al estrés E/P signos y síntomas de ansiedad y depresión</p>	<p>interdisciplinario de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5420: Apoyo espiritual, se deben retomar, fortalecer, o adquirir redes de apoyo en el paciente diagnosticado con IRC, y más aún si el paciente tiene signos de ansiedad y estrés, estas redes juegan un papel importante en la toma de decisiones del paciente, en el pensamiento, raciocinio, comportamientos, entre otras actitudes, de no existir alguna de las redes de apoyo (familia, pareja, amigos, compañeros, religión, grupos de apoyo) se debe influenciar al paciente para que participe activamente en una, teniendo la premisa de que todo será en pro del beneficio de su salud y su bienestar. • 4920: Escucha activa, siendo esta escucha sincera y efectiva, es decir, de nada servirá que el personal finja escuchar, finja entender, o finja tener empatía, los objetivos de esta escucha son identificar factores de riesgo para la salud, retroalimentar con preguntas, para así fomentar la expresión efectiva y sincera del paciente frente a sus pensamientos, actitudes, y acciones en el proceso de desarrollo de su enfermedad. Lo anterior debe ir enfocado a que cada dato que se obtenga puede ser potencialmente influenciable y modificable para el mejoramiento del paciente.
	<p align="center">Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>Definición: Tranquilidad psico espiritual relacionada con auto concepto, bienestar emocional, fuente de inspiración, y significado y objetivo de la propia vida.</p> <p align="center">Escala:</p> <p align="center">Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2); Moderadamente comprometido (3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)</p>
	<p align="center">NIC (Nursing Interventions Classification)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5580: Información sensorial preparatoria, aportar

<p><i>00067 riesgo de sufrimiento espiritual</i> R/C desequilibrio emocional S/A hospitalización y diagnóstico de base.</p>	<p>información necesaria al paciente para que el adquiriera actitudes saludable, tenga un alto auto estima, auto concepto, y autoimagen, con el fin de disminuir los riesgos de alteración en su esfera psicológica y mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5020: Mediación de conflictos, siempre y cuando se identifiquen factores que predispongan una actitud agresiva o de conflicto, en este momento debe entrar el profesional de enfermería a solucionar las complicaciones mediante el dialogo neutral, análisis de la situación del paciente, y consejería para evitar choques roces o situaciones incomodas, del paciente con su entorno. • 5230: Aumentar el afrontamiento, el paciente debe encontrar el equilibrio en sus tres esferas, teniendo como argumento el conocimiento necesario acerca de su enfermedad y de estrategias de afrontamiento de cualquier situación adicional, todo lo anterior el paciente lo aprenderá de la educación, asesoría y acompañamiento que el profesional de enfermería le ofrece, mediante la utilización de un lenguaje claro en la información que el paciente necesite y solicite, además, el enfermero debe ser guía y acompañante en el proceso de aceptación asimilación y adaptación a los cambios que afrontara el paciente.
	<p>Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>1902 CONTROL DEL RIESGO</p> <p>Definición: Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.</p> <p>Escala: Nunca demostrado (1);</p>

	Raramente demostrado (2); A veces demostrado (3); Frecuentemente demostrado (4); Siempre demostrado (5).
--	---

Dominio 9: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)	NIC (Nursing Interventions Classification)
<p>00069 <i>afrentamiento inefectivo</i> R/C desequilibrio emocional S/A exposición prolongada a situaciones estresantes (tratamiento patología de base, estancia hospitalaria prolongada)E/P signos y síntomas de ansiedad y depresión</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4420: Acuerdo con el paciente, el enfermero que se desempeña en el área de salud mental, está en la capacidad de identificar e intervenir en los momentos en el que el paciente no realice un buen afrontamiento a las situaciones estresante a las cuales se encuentra expuesto diariamente, como estrategia de intervención se propone entrar a negociar con el paciente, en actitudes como ceder en comportamientos intransigentes, impulsivos y perjudiciales para el paciente, y su entorno, adicionalmente, el enfermero debe participar activamente en el equipo interdisciplinario del paciente, para evitar malas estrategias de tratamiento a actitudes perjudiciales, todo bajo el deber de abogacía de enfermería con su paciente. • 5230: Aumentar el afrontamiento, la estrategias anteriormente mencionadas deben explicarse al paciente en forma clara y abierta, y con un lenguaje comprensible, para que el paciente tenga la herramientas necesarias para realizar un afrontamiento efectivo, tenga la capacidad de modificar esas estrategias y adaptarlas a su situación cambiante, mientras que enfermería estará a la par con su acompañamiento y apoyo físico, emocional y profesional. • 5460: Contacto, al paciente se le debe realizar intervenciones respetando sus derechos (privacidad, confidencialidad, calidad, oportunidad, entre otros), aclarando que el actuar de enfermería se basa en altruismo y filantropía, además el enfermero debe ser agil en la utilización y generación de la empatía, como

	<p>estrategia de intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5390: Potenciación de la conciencia de sí mismo, el paciente debe reconocerse a sí mismo como persona productiva en la sociedad, y que debe utilizar todo lo que le ofrece su entorno en pro de una recuperación o estabilización de sus funciones vitales, el enfermero no puede permitir que su paciente caiga en depresión o en estado de ansiedad, debido a que estos estados altera totalmente el equilibrio del paciente. <p>Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>1302 Afrontamiento de problemas por parte del usuario evidenciado por los siguientes indicadores:</p> <p>Escala:</p> <p>Nunca demostrado (1); Raramente demostrado (2); A veces demostrado (3); Frecuentemente demostrado (4); Siempre demostrado (5).</p>
<p>00146 ansiedad R/C desequilibrio emocional y psicológico, no uso de estrategias para manejar el estrés S/A exposición a situación estresantes (estancia hospitalaria prolongada, patología de base, tratamiento a enfermedad física) E/P signos y síntomas de ansiedad y depresión</p>	<p>NIC (Nursing Interventions Classification)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5820: Disminución de la ansiedad, si el paciente evidencia síntomas de zozobra, intranquilidad, nerviosismo y preocupación, el enfermero debe intervenir disminuyendo esos signos que claramente afectaran de forma perjudicial en el estado de salud del paciente, y en su desempeño del rol de auto cuidado, estrategias como la conversación, lectura, aporte de información, disminución de factores estresantes (luz, ruido), serán de una gran ayuda para la disminución de la ansiedad. • 5900: Distracción, la creación de estrategias distractoras, pero que mantengan una educación y un aporte valioso al paciente serán de gran utilidad, la creación de juegos, actividades, eventos, reuniones individualizadas, harán del

	<p>paciente un personaje que aporte y participe activamente del cuidado y re establecimiento de su salud, llevándolo a un estado de consciencia que lo invite a pensar más allá de su enfermedad y no caiga en el error de pensar, encerrarse, y meditar en su enfermedad de base.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5960: Meditación, una de las estrategias que se puede utilizar para distraer y disminuir los signos de ansiedad, siempre y cuando el profesional de enfermería tenga la habilidad y el conocimiento para guiar una sesión de relajación y meditación. Es una estrategia innovadora y con bastantes expectativas de efectividad, se recomiendo al profesional en salud mental explorar esta estrategia para volverla una herramienta de nuestro actuar común. <p>Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de presión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</p> <p>Escala:</p> <p>Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5).</p>
<p>00147 ansiedad frente a la muerte R/C desequilibrio emocional y psicológico S/A exposición a situación estresantes () E/P signos y síntomas de ansiedad y depresión</p>	<p>NIC (Nursing Interventions Classification)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5820: Disminución de la ansiedad, en este diagnóstico la intervención es muy parecida a la anterior (Ansiedad), pero acá debe tener como eje central de información y resolución de dudas el tema de muerte, es importante contar con las bases minias de preparación academica en tema de muerte y duelo, para poder realizar esta intervención; se deben resolver dudas acerca de la relación del estado actual del paciente y la muerte, mediar la modificación del pensamiento negativo o mal visto del paciente sobre la muerte,

	<p>todo esto con el fin de disminuir esta vivencia disforia que dispone la ansiedad frente a la muerte.</p> <p>Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>1211 NIVEL DE ANSIEDAD</p> <p>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Escala:</p> <p>Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)</p>
<p>00148 <i>temor</i> R/C inferencias de sentimientos de preocupación y nostalgia, S/A exposición a situaciones estresantes (desinformación de la situación actual de su salud, estancia hospitalaria</p>	<p>NIC (Nursing Interventions Classification)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4820: Orientación de la realidad, es normal cualquier individuo en alguna etapa de su vida tenga miedo, así que en esta intervención la función del enfermero se centrara en solucionar esas dudas o simplemente detectar esos determinantes que generar ese estado de preocupación y temor en el paciente para que esto no afecte el desarrollo del tratamiento, ni el desempeño del paciente en su rol de auto cuidado. • 5426: Facilitación del crecimiento espiritual, una de las estrategias para disminuir el temor, es la inclusión de una red de apoyo espiritual bien sea religiosa o simplemente de acompañamiento psicológico, esto con el fin de hacer crecer al paciente en el aspecto moral y espiritual para que en el momento en que no este el profesional de enfermería el paciente tenga las herramientas para afrontar esta situación. <p>Nursing Outcomes Classification (NOC)</p> <p>1210 NIVEL DE MIEDO</p>

<p>prolongada, patología de base, tratamiento a enfermedad física) E/P gesticulación, signos y síntomas.</p>	<p>Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.</p> <p>Escala: Grave (1) Sustancial (2) Moderado (3) Leve (4) Ninguno (5)</p>
--	---

La enfermería debe estar en la vanguardia en la creación de propuestas de cuidado personalizado a los pacientes cualquiera sea su diagnóstico haciendo participe activo y protagonista de su cuidado al individuo; registrar, consignar, y publicar toda evidencia de las estrategias de cuidado y de la innovación, para que sea tomado como insumo por otros profesionales, miembros del equipo de salud como herramienta para intervenir de forma individualizada en cada persona, esto con el objeto de guiar al individuo en la búsqueda y solución de sus padecimientos y necesidades particulares; todo como herramienta básica para la evidencia y el avance de la profesión.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Ballesteros C, Aguinaga O, Ochoa M, Luna L, Urbano G. Cuidado de enfermería al paciente diagnosticado con insuficiencia renal crónica. con signos de ansiedad y depresión . Rev.salud.hist.sanid.on-line 2013; 8(2): 37-59, (julio-diciembre). Disponible en <http://www.shs.histosaluduptc.org/> Fecha de consulta ()

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
 Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
 Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2013

REFERENCIAS

1. **CHICAIZA; LILIANA**, Revista de Economía Institucional, Universidad Externado de Colombia, Vol 7, N° 12, Primer Semestre/ 2005, pagina 191-192, econstitucional@uexternado.edu.co SSN 0124-5996.
2. Ibid.
3. **TRENTINI M, CORRADI EM, ARALDI MAR, TIGRINHO FC**. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. *Texto Contexto Enferm* 2004; 13(1); 74-82.
4. **SOUZA EM, MARTINO MMF, LOPES MHBM**. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4): 629-35.
5. **FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEADES** De Alto Costo ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN COLOMBIA 2009, Resolución 4700 De 2008, Cuenta De Alto Costo, Bogotá DC, Diciembre 2010, pag 23.
6. **VALDES. M, CRISTOBALINA** "HOLISMO EN ENFERMERÍA" Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende La Habana - Cuba 2000
7. **AGUINAGA OW, OCHOA MO, LUNA L, URBANO. GS**. *Signos y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónica no trasmisible* , Bogotá. 2011
8. **MONTORIO CERRATO I, NUEVO BENÍTEZ R, LOSADA BALTAR A, MÁRQUEZ GONZÁLEZ M**. Prevalence of anxiety and depression disorders in an elderly sample living in the community Facultad de Psicología Universidad Autónoma Madrid, *Mapfre Medicina*, 2001; vol. 12, n.º 1, pag 26.
9. **USTUN TB, AYUSO-MATEOS JL, CHATTERJI S, MATHERS C, MURRAY CJ**: Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 184: 386–392, 2004
10. **PARASKEVI; THEOFILOU**, Depression And Anxiety In Patients With Chronic Renal Failure: The Effect Of Sociodemographic Characteristics. *International Journal of Nephrology*, volume 2011, p. 1-6
11. **KARA H, ISMAI AL, TINDAG ABDURRAHMAN, SARI YASIN, YILMAZ M**, Depression and suicidal tendency in patients with chronic renal failure treated by continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis, *Dicle Tip Dergisi, Journal Of Medical School, C:28 S:1* 2001
12. **KIMMEL; L. PAUL, PETERSON; A. ROLF**. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived? *Division of Renal Diseases and Hypertension, Department of Medicine and Department of Psychology, George Washington University, Washington, DC Vol 1: 349–352*, 2006. doi: 10.2215/CJN.00890306
13. **CHICAIZA LILIANA**. Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica. *Rev.econ.inst.* [online]. 2005, vol.7, n.12 [cited 2012-09-13], pp. 191-208
14. **MARÍN MA, GOICOECHEA M, GOROSTIDI A, CASES J, DíEZ G, ESCOLAR F, FERNÁNDEZ-VEGA R, PALOMAR E, RODRIGO I., MARTÍNEZ J. SEGURA J**, Guía de la sociedad española de nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular. *Revista de Nefrología* 2006; 26(1):31-44
15. **FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEADES DE ALTO COSTO**, enfermedad renal crónica en Colombia 2009 Resolución 4700 de 2008, Bogotá DC, 2010, pag. 23
16. **DALLÉ JESSICA, LUCENA AMÁLIA DE FÁTIMA**. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. *Acta paul. enferm.* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2012 Sep 06]; 25(4): 504-510.
17. **SOUZA EM, MARTINO MMF, LOPES MHBM**. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(4): 629-35.
18. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. NANDA Internacional. ISBN: 84-8174-893-5
19. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). ISBN: 84-8174-787-4