



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Articulos Originales



Diagnósticos de enfermería sobre capacidad funcional en la enfermedad de Parkinson: mapeo cruzado

Michelle Hyczy de Siqueira Tosin¹, Debora Moraes Campos¹, Luciana Blanco², Rosimere Ferreira Santana¹, Beatriz Guitton Renaud Baptista de Oliveira¹

1 Universidade Federal Fluminense

2 Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação

RESUMEN

Objetivo: realizar el mapeo cruzado de los diagnósticos de enfermería no estandarizados con el sistema de clasificación NANDA Internacional, presente en los dominios "Actividad/Reposo" y "Seguridad/protección" y relacionados a la capacidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson de un programa de rehabilitación. **Método:** estudio descriptivo con investigación documental para realización del mapeo cruzado. Muestra aleatoria simple de 67 archivos y 335 registros de enfermería en el período de marzo/2009 a abril/2013. **Resultados:** De los 93 términos del lenguaje de enfermería, surgieron del mapeo cruzado 15 diagnósticos estandarizados con NANDA Internacional. Los más mapeados fueron "Movilidad física perjudicada" (22%) y "Riesgo de caídas" (11%). Para "Movilidad Física perjudicada", fueron mapeadas siete características definidoras. Dos términos del lenguaje de enfermería no fueron susceptibles de mapeo con la taxonomía. **Conclusión:** El mapeo cruzado permitió identificar los diagnósticos estandarizados con NANDA Internacional. Eso posibilita la universalización y la consolidación del papel del enfermero rehabilitador en la enfermedad de Parkinson.

Descriptor: Diagnóstico de Enfermería; Rehabilitación; Enfermedad de Parkinson; Limitación de la Movilidad.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Parkinson (EP) es un desorden neurodegenerativo, de incidencia en ascenso en la población mundial, que afecta 93 individuos en 100 mil habitantes en el grupo etario de 50 a 59 años. Ese número aumenta para 5% de la población de ancianos a partir de 70 años de edad⁽¹⁾. Es una enfermedad de progresión variable, de hipótesis causales poco definidas, relacionada a desequilibrios en los mecanismos de los neurotransmisores en el sistema nervioso central⁽²⁾. Sus manifestaciones se caracterizan por síntomas motores, como la rigidez, el temblor de reposo, la lentitud de los movimientos (bradicinesia) y la inestabilidad postural; y síntomas no motores, como las alteraciones neuropsiquiátricas, de los sistemas urinario, intestinal y sexual⁽¹⁻³⁾.

Desde la descripción original de la enfermedad, hubo cambios radicales en su conceptualización, comenzando con una mejor comprensión de las manifestaciones patológicas y de su terapia medicamentosa, así como de los criterios diagnósticos⁽¹⁾. Sin embargo, los avances en el campo de la investigación remiten a la necesidad de actualización constante de la praxis para la garantía del cuidado prestado a la población. En ese sentido, conocer los aspectos fisiopatológicos y farmacoterapéuticos de la EP es primordial para la elaboración del plan de cuidados de enfermería al individuo afectado por la enfermedad. Esos factores influyen en la capacidad funcional y reflejan negativamente en la calidad de vida. Estudios recientes revelan que vivir con EP afecta fuertemente la vida cotidiana⁽⁴⁾. Se destacan como temas relatados la experiencia de pérdida, la disminución de la independencia y del autoestima⁽⁴⁾.

Para tanto, la realización del proceso de enfermería, con el uso de la taxonomía electa, debe facilitar el raciocinio diagnóstico para la

prescripción de cuidados y la transmisión de las informaciones entre el equipo de enfermería y los estudiosos del asunto. Bajo ese prisma, el uso del sistema de clasificación *North American Nursing Diagnosis Association International*, conocida como NANDA Internacional (NANDA-I), para definir los diagnósticos de enfermería descritos por enfermeros que actúan en el escenario de la rehabilitación de pacientes con EP, posibilita la identificación de las necesidades de cuidado de esta población. Eso se debe a la magnitud proporcionada por el uso de esa herramienta tecnológica. Su estructura taxonómica, representada en 13 dominios, 47 clases y 201 diagnósticos de enfermería, está dispuesta de forma ordenada, sintetizada y basada en los conceptos teóricos de los patrones funcionales de salud de Gordon⁽⁵⁻⁷⁾.

De esa forma, **el uso de la taxonomía NANDA-I en el proceso de enfermería proporciona condiciones para la mejoría del cuidado de enfermería en la rehabilitación a pacientes con enfermedad de Parkinson, una vez que estos permiten comunicar y comparar datos de enfermería entre diversos contextos, países e idiomas.** Además, se destaca la escasez de estudios que envuelvan esa temática en esta población tan específica⁽⁸⁻⁹⁾.

Así, los resultados provenientes de esta investigación podrán ser utilizados para apoyar la decisión clínica y la construcción diagnóstica en lo que se refiere al contexto rehabilitador relacionado a la capacidad funcional de pacientes con EP.

Ante lo expuesto, el presente estudio tiene como objetivo realizar el mapeo cruzado de los diagnósticos de enfermería no estandarizados con el sistema de clasificación NANDA Internacional, presentes en los dominios "Actividad/Reposo" y "Seguridad/protección" y relacionados a la capacidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson de un programa de rehabilitación.

MÉTODO

Estudio de naturaleza aplicada, cuantitativo, con objetivo descriptivo, teniendo como procedimiento técnico la investigación documental, utilizando archivos como fuente de colecta primaria de los datos. Posee como cuadro teórico-metodológico conceptos y principios del mapeo cruzado. Este fue escogido para comparar lingüística y semánticamente la terminología no estandarizada con el sistema de clasificación escogido⁽⁸⁻¹⁰⁾.

El escenario fue el Centro Internacional de Neurorehabilitación y Neurociencia, en la ciudad de Rio de Janeiro. En ese centro son atendidos niños y adultos que poseen secuela neurológica consecuente de lesión congénita o adquirida del sistema nervioso central. El equipo de rehabilitación es multidisciplinar y el tratamiento propuesto incluye intervenciones y acompañamiento del proceso de rehabilitación del paciente y orientación a los familiares, considerando las particularidades de cada caso.

En la actualidad, el cuidado prestado al paciente por el enfermero es registrado en archivo electrónico bajo la forma textual. En él, los enfermeros describen los fenómenos por medio de términos contenidos en el lenguaje habitualmente usado por el equipo: el lenguaje no estandarizado. Para esta investigación, los autores consideraron los fragmentos de las evoluciones que contenían esos términos para identificar los "contextos diagnósticos", pues no hay en el sistema electrónico de archivos un campo específico para descripción de los diagnósticos de enfermería.

Desde la inauguración, en marzo de 2009, hasta abril de 2013, 1.266 pacientes fueron admitidos con el diagnóstico de enfermedad de Parkinson. De estos, 796 poseían evoluciones de enfermería registradas en archivo electrónico. Para definición de la muestra, fueron incluidos

los archivos en que hubiera cinco o más registros de enfermería y excluidos aquellos que contenían, además del diagnóstico de enfermedad de Parkinson, otros títulos diagnósticos asociados relacionados a otros síndromes parkinsonianos, como el parkinsonismo secundario.

Así, 148 archivos fueron seleccionados. Con base en esa población, se realizó el cálculo con muestra probabilística, del tipo aleatoria simple, utilizando la siguiente fórmula⁽¹¹⁾:

$$n0 = \frac{1}{E0^2} \quad n = \frac{N.n0}{N+n0}$$

Se consideró en este caso: 148 archivos = tamaño de la población (N), 9% = error muestral tolerable (E0), 123 archivos = primera aproximación del tamaño de la muestra (n0) y 67 archivos = tamaño de la muestra (n).

De esa forma, compusieron la muestra 67 archivos, que representaron 45% de la población total, admitiendo error muestral de 9%. De ese total, fueron consideradas para el mapeo las últimas cinco evoluciones de enfermería, totalizando 335 registros analizados.

El mapeo cruzado fue realizado en tres etapas:

- 1) categorización de la muestra y extracción y normalización de términos;
- 2) separación y comparación de los diagnósticos de enfermería no estandarizados con NANDA-I;
- 3) evaluación y refinamiento del mapeo.

En la primera etapa, se realizó la extracción electrónica en la íntegra de las informaciones que compusieron el banco de datos: caracterización de los pacientes; diagnóstico médico y tiempo de evolución de la enfermedad de Parkinson; fragmento referente al contexto diagnóstico exacto, extraído de las evoluciones de enfermería; la extracción de los términos del lenguaje de enfermería que indicaban hipótesis diagnósticas (características definidoras o factores de riesgo. Por ejemplo: en el fragmento de

la evolución donde estaba descrito “paciente se queja de empeoramiento de la rigidez, bradicinesia y patrón de la marcha”, los términos “bradicinesia” y “empeoramiento de la marcha” fueron destacados por la división del fragmento de la evolución. En el trecho descrito “paciente posee historia de caídas de la propia altura”, se extrajo el término “historia de caídas”).

Estos datos fueron archivados en una planilla del *Microsoft Excel para Mac versión 15.11.2* y sometidos a la normalización por medio de la corrección de ortografía, adecuación de tiempos verbales, uniformización de género y de número y exclusión de las repeticiones, sinonimias de las expresiones casuales que no designan conceptos particulares⁽⁸⁻⁹⁾.

En la etapa siguiente, se procedió al mapeo cruzado de los términos levantados en la etapa anterior con los diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA-I. Para tanto, fueron utilizadas las siguientes reglas del mapeo cruzado: mapear el contexto de los términos y el significado de las palabras (y no solamente las palabras)⁽⁸⁻⁹⁾.

Los términos del lenguaje de enfermería fueron comparados a las características definidoras o factores de riesgo de NANDA-I. Fue realizada la categorización de los términos de enfermería por medio del análisis de combinación adaptada. Cuando el término encontrado combinó exactamente con el término del sistema de clasificación, fue categorizado como combinación exacta; cuando este término presentó sinónimos, conceptos similares y términos relacionados, se consideró combinación parcial. Los términos que no presentaron alguna semejanza con el sistema de clasificación, no tuvieron ninguna combinación, sin embargo, incluso así, fueron expuestos para análisis.

Para la presentación de los resultados de los análisis, las combinaciones exactas y parciales fueron consideradas con el mismo valor. En los ejemplos antes citados, los términos “bradicine-

sia” y “empeoramiento de la marcha” (extraídos por medio de la división del fragmento de la evolución, considerado contexto diagnóstico) fueron considerados combinaciones parciales de las características definidoras de NANDA-I “movimientos lentos” y “cambios en la marcha”, los cuales llevaron al diagnóstico “movilidad física perjudicada”. Ya el término “Historia de caídas” fue considerado combinación exacta del factor de riesgo de NANDA-I, que llevó al diagnóstico de riesgo de caídas.

Los datos levantados en la segunda etapa fueron organizados de acuerdo con título diagnóstico, definición, términos del lenguaje de enfermería y términos estandarizados de NANDA-I que correspondieron a las evidencias clínicas confirmatorias de la presencia del diagnóstico.

La tercera etapa consistió en la evaluación y refinamiento del mapeo cruzado. Para tanto, los datos levantados fueron analizados por peritos, siendo dos enfermeros especialistas en la Clasificación de Enfermería y tres en enfermedad de Parkinson. Para la selección de los peritos, se consideró la experiencia práctica mínima de cinco años o que poseyeran título de doctor y experiencia en investigaciones sobre terminologías de enfermería. Los peritos expusieron su concordancia o no, referente a la relación establecida por los autores entre los títulos diagnósticos, los términos del lenguaje de Enfermería y las características definidoras o factores de riesgo de NANDA-I. Esa etapa fue realizada en dos ciclos: individual y en grupo. No fueron necesarios nuevos, pues hubo consenso total de los evaluadores ya en el segundo ciclo. Ese hecho eximió la necesidad de análisis de concordancia estadística entre los peritos, prevista previamente para esa investigación.

En lo que se refiere a los diagnósticos de enfermería, fueron identificados 93 términos normalizados, extraídos de los fragmentos de los registros de enfermería considerados por los

autores como contextos diagnósticos.

El desarrollo de este estudio atendió a las normas nacionales e internacionales de ética en investigación involucrando seres humanos⁽¹²⁾, una vez que el origen de los resultados fueron los archivos de pacientes.

RESULTADOS

El perfil muestral se constituyó de 63% de pacientes del género masculino, con edad media de 69,3 años (± 10). El tiempo de evolución de la enfermedad de Parkinson varió de 1 a 24 años. Se constató aún que 75% de estos presentaban de 1 a 8 años de evolución de la EP y apenas 4,5% estaban en estadios más avanzados (entre 17 a 24 años).

En lo que se refiere a los diagnósticos de enfermería, después del cruzamiento con la taxonomía y el refinamiento hecho por los especialistas, los términos del lenguaje de Enfermería resultaron en 15 diagnósticos estandarizados de acuerdo con NANDA-I (tabla 1).

Tabla 1 – Diagnósticos NANDA-I relacionados a la capacidad funcional de pacientes con enfermedad de Parkinson de un programa de rehabilitación (n=67). Rio de Janeiro, 2014.

Dominio NANDA-I	Código: diagnósticos de enfermería NANDA-I	n	%
Actividad/ reposo	00085: Movilidad física perjudicada	20	30
	00200: Riesgo de perfusión tisular cardíaca disminuida	16	24
	00201: Riesgo de perfusión tisular cerebral disminuida	16	24
	00198: Patrón de sueño perjudicado	8	12
	00108: Déficit en el autocuidado para baño	7	10
	00088: Deambulacion perjudicada	3	4
	00165: Disposición para sueño mejorado	3	4

	00109: Déficit en el autocuidado para vestirse	2	3
	00090: Capacidad para transferencia perjudicada	2	3
	00096: Privación del sueño	1	1
	00091: Movilidad en la cama perjudicada	1	1
	00204: Perfusión tisular periférica ineficaz	1	1
Seguridad/ protección	00155: Riesgo de caídas	10	15
	00046: Integridad de la piel perjudicada	3	4

Fuente: autoría propia

Se observa que en el dominio "actividad/reposo" fueron mapeados 80 diagnósticos de enfermería no estandarizados con un sistema de clasificación que, después el cruzamiento con la taxonomía NANDA-I y el refinamiento hecho por los especialistas, culminaron en 13 diagnósticos de enfermería. Eso representa 86% de los diagnósticos presentes en los dos dominios de NANDA-I analizados en este estudio. Se resalta también que el conjunto de diagnósticos estuvo presente en 100% (n=67) de los archivos analizados, representados por al menos un diagnóstico.

Los diagnósticos de enfermería NANDA-I más mapeados y directamente relacionados a la capacidad funcional fueron "movilidad física perjudicada" (30%) y "déficit en el autocuidado para baño" (10%). Se destaca, sin embargo, los diagnósticos que, a pesar de comprometer la capacidad funcional del individuo, no están explícitamente relacionados: "riesgo de perfusión tisular cardíaca disminuida" y "riesgo de perfusión tisular cerebral disminuida", igualmente representados por 24% del total. De la misma forma, se resaltan los relacionados a la calidad del sueño, como "patrón de sueño perjudicado" (8%) y "privación del sueño" (1%).

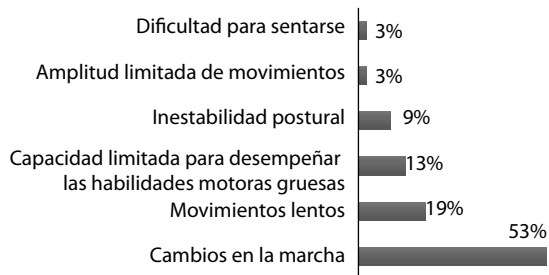
Ya en el dominio "seguridad/protección", el mapeo cruzado permitió identificar 13 diagnósticos de enfermería no estandarizados; después del cruzamiento con la taxonomía NANDA-I,

resultó en apenas dos (14%). En ese dominio, los diagnósticos “riesgo de caídas” (10%) e “integridad de la piel perjudicada” (3%) fueron los mapeados.

Para mejor comprensión del diagnóstico “movilidad física perjudicada”, que en este estudio fue más mapeado, fueron presentadas abajo, en la figura 1, las 32 características definidoras mapeadas. Se observa que 53% de ellas estaban asociadas a las alteraciones de la marcha. Se destaca aún que las características definidoras “cambios en la marcha” (53%), “movimientos lentos” (19%) y “capacidad limitada para desempeñar las habilidades motoras gruesas” (13%) se repitieron en los registros de enfermería, pues el mismo paciente presentó características asociadas. Eso explica su mayor número en relación al total del diagnóstico “movilidad Física Perjudicada” propiamente dicho.

Tabla 2 – Características definidoras del diagnóstico “Movilidad Física Perjudicada”, de acuerdo con NANDA-I, identificados en archivos de pacientes con enfermedad de Parkinson (n=32). Rio de Janeiro, 2014.

Diag-nóstico NANDA-I	Características definidoras de acuerdo con NANDA-I	N	%
Movilidad Física Perjudicada	Cambios en la marcha	17	53%
	Movimientos lentos	6	19%
	Capacidad limitada para desempeñar las habilidades motoras gruesas	4	13%
	Inestabilidad postural	3	9%
	Amplitud limitada de movimientos	1	3%
	Dificultad para sentarse	1	3%
Total		32	100



Se obtuvieron aún dos contextos diagnósticos, presentes en 25 archivos, que no fueron susceptibles de mapeo cruzado con la taxonomía NANDA-I (tabla 2).

Tabla 3 – Contextos diagnósticos identificados en archivos de pacientes con EP que no fueron susceptibles de mapeo con la NANDA-I. Rio de Janeiro, 2014.

Contextos diagnósticos identificados en las evoluciones	n	%
Independiente para las actividades de vida diaria	16	24
Marcha eficiente y segura	9	13
Total	25	37

Fuente: autoría propia

DISCUSIÓN

A pesar de la limitación metodológica del mapeo cruzado, que prevé la colecta retrospectiva de datos y por diferentes profesionales, la confiabilidad y validez interna de los resultados de esta investigación se da por las características del local de estudio. En este, los profesionales son capacitados de modo uniforme, los registros son estandarizados y detallados y los pacientes son definidos por especialidad. Además de eso, se reconoce que la adopción de error de 9% para el cálculo muestral puede ser considerada una fragilidad, una vez que usualmente se adopta error máximo de 5%. Sin embargo, esta es ponderada por la multiplicidad de registros de enfermería que fueron obtenidos en cada archivo, que rindió a los investigadores una larga colecta de datos.

En lo que se refiere a la característica de la muestra, los resultados convergen con los estudios que muestran que la EP tiende a ocurrir con mayor frecuencia en los hombres, principalmente en el grupo etario encima de 60 años^(1,2). En ese sentido, se destaca el envejecimiento, que por sí solo puede ser considerado un proceso individual que lleva a déficits progresivos e irreversibles en los sistemas funcionales. Estos pueden estar representados por limitaciones visuales, auditivas, motoras e intelectuales, bien como por el surgimiento de enfermedades crónico-degenerativas, ocasionando la dependencia en las actividades cotidianas⁽¹³⁾. La intensificación de esas limitaciones puede estar presente en el paciente con EP, que cursa con alteraciones motoras y no motoras, inherentes a los aspectos fisiopatológicos de la propia enfermedad^(1,2).

Tratándose del tempo de evolución de la enfermedad en los pacientes que compusieron la muestra, hay evidencias crecientes de que la progresión de la EP no es lineal y está directamente relacionada a los aspectos individuales⁽¹⁴⁾. Sin embargo, se reconoce que la tasa de degradación es mucho más rápida en la fase inicial de la enfermedad, llevando así al compromiso funcional del paciente, que debe ser evaluado de forma a considerar sus características personales⁽¹⁴⁾.

Por tanto, los datos referentes a la categorización muestral muestran que los enfermeros actúan en su cotidiano con pacientes en edad avanzada y en franco proceso de progresión de la enfermedad. Pensándose en el carácter de continuidad inherente a la rehabilitación, la realización del proceso de enfermería y el registro de los datos levantados son importantes para la evaluación de progresión de la enfermedad. De la misma forma, garantizará el planeamiento del cuidado de forma asertiva y fundamentada.

En lo que se refiere a los diagnósticos de enfermería, durante el análisis de los archivos

para la colecta de los datos se observó que la etapa diagnóstica del proceso de enfermería fue desarrollada por el enfermero. Se percibió también que el profesional se encontraba integrado al equipo interdisciplinar en rehabilitación, una vez que las atenciones eran realizadas tanto individualmente como en equipo.

Entre los diagnósticos de enfermería más mapeados en el dominio "actividad/reposo", se destaca la "movilidad física perjudicada". Según NANDA-I, la movilidad física perjudicada es definida como la "limitación en el movimiento físico independiente y voluntario del cuerpo o de una o más extremidades"^(6:283).

Se resalta en este diagnóstico el prejuicio a la capacidad funcional que puede ser vivenciado por el paciente. Se entiende por capacidad funcional el potencial que el individuo posee para decidir y actuar de forma independiente en su vida⁽¹⁵⁾.

De esa forma, se observa que el paciente con la movilidad física perjudicada puede presentar limitaciones directamente relacionadas a los diagnósticos "déficit en el autocuidado para baño", "deambulacion perjudicada", "déficit en el autocuidado para vestirse", "capacidad para transferencia perjudicada" y "movilidad en la cama perjudicada". El "riesgo de caídas", presente en el dominio "seguridad/protección", también puede relacionarse al diagnóstico "movilidad física perjudicada" tanto por la alteración del patrón de la marcha, tan presente en pacientes con EP, como por la alteración de la estabilidad postural⁽¹⁶⁾. Además, se sobrelleva la característica etaria de los pacientes descritos en este estudio, pues se sabe que en la población anciana el riesgo de caídas es aumentado, si comparado con adultos jóvenes⁽¹⁷⁾.

Las informaciones generadas por la evaluación de la capacidad funcional posibilitan conocer el perfil del paciente. En ese sentido, el uso del sistema de clasificación NANDA-I posi-

bilita trazar el plan de cuidados fundamentado en evidencias científicas. Por tanto, se reconoce la necesidad de evaluar las características definidoras de cada diagnóstico para fundamentación del raciocinio clínico del enfermero, pues culminará en la garantía de la precisión diagnóstica, posibilitando el planeamiento más adecuado del cuidado prestado al paciente con EP en el contexto rehabilitación⁽⁹⁾.

Los diagnósticos “riesgo de perfusión tisular cardíaca disminuida” y “riesgo de perfusión tisular cerebral disminuida” pueden comprometer indirectamente la capacidad funcional del paciente con EP. Eso se da una vez que la disautonomía, definida como la disfunción del sistema autonómico que lleva a la hipotensión postural, es un síntoma que puede estar presente en esa población⁽¹⁴⁾.

Estudios apuntan que ese síntoma se correlaciona con la terapia dopaminérgica y con la falla de la estimulación cardiovascular consecuente de la denervación dopaminérgica en el miocardio⁽¹⁴⁾. En ese sentido, la presencia de la hipotensión puede comprometer la capacidad funcional del individuo y su seguridad para la realización de las actividades de la vida diaria.

No obstante, en el análisis individual de los archivos, se constató bajo porcentaje de la hipotensión como factor de riesgo asociado. Se observó que otras morbilidades, levantadas en el estudio como factores de riesgo asociados, estaban presentes en esos pacientes. Entre ellas, se destacan la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus. Esas morbilidades pueden interferir indirectamente en la funcionalidad del individuo, sobre todo si sus parámetros no están controlados y si están asociados a complicaciones, como la polineuropatía sensitivo-motora y alteraciones visuales.

Se sabe que la prevalencia de la retinopatía diabética después de 15 años de evolución de la enfermedad varía de 97% para pacientes

diabéticos insulino dependientes a 80% en los diabéticos no insulino dependientes⁽¹⁸⁾. Ya la polineuropatía, como una afectación patológica extensa del sistema nervioso periférico, puede llevar a alteraciones sensitivas que pueden comprometer la capacidad funcional del individuo por alterar los mecanismos propioceptivos de la marcha⁽¹⁹⁾. Ante eso, se destaca la importancia de la definición de los factores de riesgo relacionados al diagnóstico de enfermería como indicador de la precisión diagnóstica y, consecuentemente, de la asertividad del cuidado que va a ser prescrito e implementado.

Otros diagnósticos que también llaman la atención en el dominio “actividad/reposo” son “patrón de sueño perjudicado”, “disposición para sueño mejorado” y “privación del sueño”. Se sabe que las alteraciones comportamentales del sueño están presentes en 40 a 50% de los pacientes con EP⁽¹⁾. Ellas repercuten directa e indirectamente en todas las funciones fisiológicas y funcionales del individuo, caracterizando un síntoma de extrema relevancia en su identificación y tratamiento. Los mecanismos fisiopatológicos de la EP llevan a diversas alteraciones del patrón sueño: fragmentación del sueño, disturbio de comportamiento del sueño REM, somnolencia diurna excesiva, alteración del ciclo sueño-vigilia y ataques de sueño inducido por drogas⁽¹⁾. La caracterización de los síntomas para definir el diagnóstico de enfermería es imprescindible para su precisión. Eso posibilitará que el enfermero rehabilitador actúe en los aspectos no farmacológicos del tratamiento.

El diagnóstico de enfermería “integridad de la piel perjudicada”, encontrado en el dominio “seguridad/protección, tuvo como característica definidora, según NANDA-I, el rompimiento de la superficie de la piel. Ese diagnóstico estuvo registrado en los archivos de pacientes que, por cursar en estadio avanzado de la EP, presentaban úlcera por presión como complicación relacio-

nada al déficit funcional. Estudios citan la EP como una de las causas de úlcera por presión en ancianos con enfermedades neurodegenerativa⁽²⁰⁾. Se destaca la reducción de la aptitud física y de la capacidad funcional en pacientes en estadios avanzados de la EP que cursan con limitación motora y restricción a la cama y a su silla de ruedas, siendo necesario una mirada criteriosa del enfermero para los riesgos de esa complicación para prevenirla y si, fuera el caso, tratarla.

Para los diagnósticos identificados en las evoluciones de enfermería que no fueron susceptibles de mapeo con la taxonomía NANDA-I, se destacan los relacionados a la promoción de la salud. Eso se debe al hecho de haber sido levantados diagnósticos que no pueden ser configurados como alteraciones y, por tanto, no son susceptibles de intervención correctiva, y si preventiva. Los registros mostraron que los enfermeros buscan por señales y síntomas que puedan interferir en la capacidad funcional del individuo para realización de sus actividades cotidianas, como la marcha y la capacidad de desempeño en las actividades de vida diaria. Incluso en la ausencia de estos, los dejan registrados con el fin de acompañamiento longitudinal de ese paciente que cursa con una enfermedad progresiva y de carácter fluctuante.

CONCLUSIÓN

El mapeo cruzado permitió identificar los diagnósticos NANDA-I relacionados a la capacidad funcional de pacientes con EP, por medio de la estandarización del lenguaje.

Los resultados provenientes de esta investigación muestran un porcentaje reducido de diagnósticos relacionados directamente a la capacidad funcional. Eso puede estar relacionado al grande número de pacientes en fase inicial

de la enfermedad. Sin embargo, se reconoce el tamaño muestral como la principal limitación de este estudio.

Con todo, se constata que el uso del sistema de clasificación NANDA-I podrá contribuir para el avance del conocimiento en esa área peculiar de actuación del enfermero, una vez que la estandarización del lenguaje permite la universalización y la consolidación científica de la praxis. Se sobrellevan en ese contexto los diagnósticos que no fueron susceptibles de mapeo de acuerdo con NANDA-I, pero que son de importante destaque en las enfermedades progresivas y de carácter fluctuante, como es el caso de la EP.

CITAS

1. Olanow CW, Schapira AHV. Therapeutic Prospects for Parkinson Disease. *Ann Neurol*. 2013;74:337-47
2. Kim SR, So HY, Choi E, Kang JH, Kim HY, Chung SJ. Influencing effect of non-motor symptom clusters on quality of life in Parkinson's disease. *J Neurol Sci*. 2014;347:310-5.
3. Berg D, Postuma RB, Bloem B, Chan P, Dubois B, Gasser T, et al. "Time to redefine PD? Introductory statement of the MDS task force on the definition of Parkinson's Disease." *Mov Dis*. 2014;29(4):454-62.
4. Young-Mason J. The fine art of caring: people with Parkinson disease and their care partners. *Clin Nurse Spec*. 2015;29(2):121-2.
5. Souza JM, Veríssimo M. Child Development in the NANDA-I and international classification for nursing practices nursing classifications. *Int J Nurs Knowl*. 2013 Feb;24(1):44-8.
6. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA International). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 456 p.
7. Jones D, Duffy ME, Flanagan J, et al. Psychometric Evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *Int J Nurs Knowl*. 2012 Oct;23(3):140-5.

8. Tosin MH, Campos DM, Blanco L, Santana RF, Oliveira BG. Mapping nursing language terms of Parkinson's disease. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 July;49(3):409-16.
9. Campos DM, Tosin MH, Blanco L, Santana RF, Oliveira BG. Nursing diagnoses for urinary disorders in patients with Parkinson's disease. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):190-5.
10. Kim TY, Hardiker N, Coenen A. Inter-terminology mapping of nursing problems. *J Biomed Inform*. 2014;49:213-20.
11. Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady DG, Hearst NB, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. [site] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 22/03/2014.
13. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Functional capacity of elder elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. *Rev latinoam enferm*. 2010 Jan-Feb;18(1):11-7.
14. Fahn S, Jankovic J, Hallett M. *Principles and practice of movement disorders*. 2nd ed. New York: Elsevier; 2011.548p.
15. Castaneda L, Bergmann A, Bahia L. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a systematic review of observational studies. *Rev Bras Epidemiol*. 2014 Apr-Jun;17(2):437-51.
16. Hershey LA, Lichter DG. Freezing of gait in PD has a REM correlate: Twice cursed with a shared pathophysiology? *J Neurol*. 2013;81;1026-7.
17. Ebersbach G, Moreau C, Gandor F, Defebvre L, Devos D. Clinical syndromes: Parkinsonian gait. *Mov Disord*. 2013;28(11):1552-9.
18. Saldanha IJ, Dickersin K, Wang X, Li T. Outcomes in cochrane systematic reviews addressing four common eye conditions: an evaluation of completeness and comparability. *PLoS One*. 2014;9(10):1-10.
19. Guler EK, Eser I, Khorshid L, Yucel SC. Nursing diagnoses in elderly residents of a nursing home: a case in Turkey. *Nurs Outlook*. 2012;60:21-8.
20. Pereira AGS, Santos CT, Menegon DB, Mello B, Azambuja F, Lucena AF. Mapping the nursing care with the NIC for patients in risk for pressure ulcer. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(3):454-61

Todos los autores participaron de las fases de esa publicación en una o más etapas a continuación de acuerdo con las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2013): (a) participación substancial en la concepción o confección del manuscrito o de la recolecta, análisis o interpretación de los datos; (b) elaboración del trabajo o realización de la revisión crítica del contenido intelectual; (c) aprobación de la versión sometida. Todos los autores declaran para los debidos fines que es de su responsabilidad el contenido relacionado con todos los aspectos del manuscrito sometido al OBJN. Garantizan que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del artículo fueron debidamente investigadas y resueltas. Eximiendo por lo tanto el OBJN de cualquier participación solidaria en eventuales procesos judiciales sobre la materia en aprecio. Todos los autores declaran que no poseen conflicto de intereses, de orden financiera o de relacionamiento, que inflencie la redacción y/o interpretación de los resultados. Esa declaración fue firmada digitalmente por todos los autores conforme recomendación del ICMJE cuyo modelo está disponible en http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf

Recibido: 16/12/2014
 Revisado: 14/09/2015
 Aprobado: 16/09/2015