



Español

Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



## Perfil diagnóstico de enfermería en pacientes con esclerosis múltiple: estudio transversal

Thatiane Monick de Souza Costa<sup>1</sup>, Vinicius Lino de Souza Neto<sup>1</sup>, Mariana Melo da Cruz Domingos<sup>1</sup>, Bárbara Coeli Oliveira da Silva<sup>1</sup>, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues<sup>1</sup>, Richardson Augusto Rosendo da Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Federal de Rio Grande do Norte

### RESUMEN

**Objetivo:** identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con esclerosis múltiple hospitalizados en una unidad neurológica. **Método:** se trata de un estudio transversal, cuantitativo, realizado en el período de enero a agosto de 2014 con 58 pacientes en un hospital escuela en el Nordeste de Brasil, siguiendo las respectivas etapas: colecta de datos por medio de instrumento validado; análisis procesual y validación en pares cuanto a los diagnósticos de enfermería; y, por fin, análisis inferencial. **Resultados:** se identificaron 30 diagnósticos de enfermería, siendo los más frecuentes: movilidad física perjudicada; intolerancia a la actividad, eliminación urinaria perjudicada; memoria perjudicada; estándar de sueño perjudicado; déficit en el auto cuidado para alimentación; enfrentamiento ineficaz; estreñimiento; disfunción sexual e dolor crónico. **Conclusión:** Los diagnósticos más frecuentes identificados están insertados en los dominios actividad/reposo, eliminación y cambio, enfrentamiento/tolerancia al estrés, percepción/ cognición, comodidad, sexualidad.

**Descriptor:** Diagnóstico de Enfermería; Esclerosis Múltiple; Proceso de Enfermería.

## INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante de etiología autoinmune, y está entre las principales causas de incapacidad neurológica no traumática en los adultos jóvenes. Aunque de eso, son escasas las informaciones sobre su epidemiología, así como la disponibilidad de recursos y servicios para el atendimento de esos pacientes en la mayor parte del mundo<sup>(1-3)</sup>.

Según el censo realizado por la Federación Internacional de Esclerosis Múltiple, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el número estimado de personas con EM aumentó de 2,1 millones, en 2008, para 2,3 millones, en 2013. La prevalencia media global usada para calcular este valor aumentó de 30 (en 2008) para 33 por 100 mil (en 2013), con destaque para los países de América del Norte y Europa, cuyo número de casos supera los 100 por 100 mil individuos. En América del Sul, Brasil se presenta como el segundo lugar en la prevalencia de la enfermedad, con una tasa de 15 casos para cada 100.000 habitantes<sup>(4)</sup>.

Este aumento fue atribuido posiblemente la mejora en los métodos diagnósticos, al aumento de la sobrevida de los pacientes y hasta un crecimiento en la incidencia de la enfermedad<sup>(2)</sup>.

El censo aún observó una disparidad en la estructura de atendimento al EM en las diferentes regiones del mundo. Mientras en los países desarrollados hay una media de 4,7 neurólogos para cada 100 mil habitantes, en los países de baja renta ese número cae para 0,04. Lo mismo sucede con la disponibilidad de recursos diagnósticos, como la resonancia nuclear magnética, y con el acceso al tratamiento, que están directamente relacionados a la categoría de desarrollo de cada nación<sup>(4)</sup>.

Las formas de tratamiento de la EM, con el desarrollo de la nanotecnología, son pro-

gresivas e intentan atenuar la enfermedad. De ese modo, los tipos de terapéuticas pueden ser tradicionales, como el uso de glicocorticoides e inmunomoduladores, o avanzadas, como el uso de la terapia combinada entre las estatinas y los fingolimodes. Además de eso, existen los métodos complementares, como el uso de vitamina D, fisioterapia y terapia ocupacional<sup>(2,3)</sup>.

El paciente con EM demanda asistencia multiprofesional, debido a la complejidad de la enfermedad y del tratamiento. En este contexto, el enfermero puede promover una asistencia individualizada, integral y humanizada, por medio del proceso de enfermería, que direcciona el cuidado de enfermería, facilitando la adaptación del paciente y de su familia a la enfermedad y al tratamiento<sup>(5)</sup>.

El proceso de enfermería es pautado en el raciocinio clínico y envuelve cinco momentos: investigación, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación<sup>(6)</sup>. La etapa referente al del diagnóstico de enfermería posee importancia impar, proporcionando la base para las intervenciones de enfermería, para lograr resultados por los cuales el enfermero es el responsable y contribuyendo para un lenguaje propia de la profesión<sup>(7)</sup>.

Una de las clasificaciones más utilizadas y mundialmente divulgada para la determinación de los diagnósticos de enfermería es la NANDA Internacional (NANDA-I). Esta taxonomía es definida como una clasificación ordenada de los focos diagnósticos que interesan a la enfermería, siendo dividida en tres niveles: dominios, clases y diagnósticos de enfermería. La taxonomía posee 13 dominios y 47 clases, siendo que dentro de estas se encuentran los diagnósticos<sup>(7)</sup>.

Así, para respaldar y justificar la realización del presente estudio, procedió previamente a la búsqueda por producciones científicas acerca de esa temática en las bases de datos informa-

tizadas de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS): Literatura Latino-Americana y del Caribe (Lilacs) y Literatura Internacional en Ciencias de la Salud y Biomédica (Medline); Scopus y The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Se encontró predominancia de estudios enfocados al modelo clínico-individual de pacientes con EM, con diseños del tipo estudio caso-control y ensayo clínico y enfoque cuantitativo.

Sin embargo, se encuentra escasez de estudios sobre diagnóstico de enfermería de la NANDA-I en unidades de neurología, especialmente relacionados al paciente con EM. En ese sentido, la realización de investigaciones sobre los diagnósticos de enfermería trae beneficios no solamente para el paciente con EM, que tendrá una asistencia direccionada a sus reales necesidades, bien como para el fortalecimiento de la enfermería mientras la ciencia. Hay que destacar, aún, que una asistencia segura y eficaz, pautada en el compromiso y el conocimiento, se constituye en factor esencial para la seguridad del paciente.

Hay que destacar que la institución participante de la investigación aún no utiliza la sistematización de la asistencia a través del proceso de enfermería para direccionar el cuidado de enfermería. Luego, la definición de los diagnósticos presentados por estos pacientes contribuirá para el inicio de un proceso de transformación, con contribuciones en la asistencia y consecuente reconocimiento para la institución.

Por lo tanto, se cree que este estudio ofrecerá contribuciones en el ámbito de la enseñanza, investigación y principalmente de la asistencia, pues e a través del levantamiento de los problemas/necesidades presentadas por estos pacientes que el enfermero podrá proponer acciones que direccionen el cuidado, con embasamiento científico, demostrando la relevancia del presente estudio.

Frente a lo expuesto, surgió el siguiente cuestionamiento: ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con EM hospitalizados en una unidad neurológica? Así, este estudio tuvo como objetivo identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes en pacientes con EM hospitalizados en una unidad neurológica.

## MÉTODO

Estudio transversal, con enfoque cuantitativo, realizado en la unidad de neurología de un hospital escuela, en el Nordeste de Brasil. La población fue compuesta por 140 pacientes regularmente acompañados y asistidos por la unidad. El cálculo del tamaño de la muestra se dio por fórmula para poblaciones finitas llevando en consideración el nivel de confianza de 95% ( $Z_{\infty}=1,96$ ), el error la muestra de 10%, tamaño de la población y la prevalencia<sup>(8)</sup>. La muestra fue constituida por 58 pacientes.

La selección de los pacientes fue obtenida por medio de la muestra por conveniencia del tipo consecutiva. Para tanto, se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: tiene el diagnóstico médico de EM; estar en tratamiento hospitalar en el sector de neurología; y tener edad mayor o igual a 18 años. El criterio de exclusión fue: pacientes que presentaban otras comorbidades, además de la EM, que pudiesen alterar las respuestas humanas de esos pacientes, como: neoplasias, enfermedad renal crónica, cardiopatías y enfermedades infectocontagiosas, pues no sería claro se esas respuestas estarían relacionadas a la EM o a las referidas comorbidades. Así, fueron excluidos cinco pacientes de la referida población. El estudio tuvo como base la NANDA-I<sup>(9)</sup>.

Para la colecta de datos, se utilizó un instrumento compuesto por un formulario de entrevista y examen físico, con preguntas abiertas y

cerradas sobre los datos socioeconómicos y las características definidoras, factores relacionados/riesgo presentes en la NANDA I. Para mejor precisión de las afirmativas, fueron utilizados doce dos treces dominios de la Taxonomía II de la NANDA I como norte, excluyendo el dominio de crecimiento y desarrollo por no tener relación con el objetivo de ese estudio. Posteriormente, el estudio fue evaluado por ocho jueces con experiencia en el área de diagnóstico de enfermería y neurología, que el validaron cuanto a la apariencia y al contenido para verificarse la adecuación y la pertinencia, bien como identificar la existencia de lagunas.

Después las adecuaciones realizadas en el instrumento, se aplicó un pre-test con 10% de la muestra estudiada, con la finalidad de evaluar la aplicabilidad y la necesidad de alteraciones en los instrumentos de colecta de datos. Como no hubo necesidad de alteraciones en el instrumento, los participantes del pre-test fueron incluidos en la muestra de este estudio. La colecta de datos con los pacientes ocurrió en el período de enero a agosto de 2014.

El análisis de los diagnósticos de enfermería fue procesual, realizada simultáneamente con la colecta de datos, buscando identificar las características definidoras y los factores relacionados/riesgo de acuerdo con la NANDA-I, versión 2012-2014. Los pacientes fueron evaluados por los autores del presente estudio, en pares, y para la estructuración de los diagnósticos de enfermería siguió las etapas del juicio clínico de Gordon<sup>(10)</sup>.

Después la construcción de los diagnósticos, los mismos fueron sometidos a un proceso de validación de contenido por especialistas. Así, para cada paciente se elaboró una planilla, utilizando el programa *Microsoft Excel for Windows*, conteniendo la lista de las características definidoras y factores relacionados/riesgo, presentes en cada diagnóstico investigado. Participaron como especialistas tres enfermeros asistenciales

y dos docentes de enfermería que actuaban en la referida unidad de neurología. Tales profesionales fueron incluidos en la validación, teniendo en vista su experiencia y especialidad en la clínica. Su incumbencia fue juzgar la presencia o ausencia de los diagnósticos en cada paciente, mediante la presencia o ausencia de las características definidoras/factores relacionados y de riesgo previamente seleccionados.

Para el tratamiento de los datos colectados, los instrumentos fueron numerados y las variables fueron codificadas e insertadas en un banco de datos construido en el programa *Microsoft Excel for Windows*. Los datos fueron analizados utilizándose estadísticas descriptivas. Para análisis del grado de concordancia entre los especialistas, se optó por el índice de Kappa, analizado por el programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versión 20.0. Valores de Kappa  $\geq 0,80$  son considerados como un buen nivel de concordancia.

Luego en seguida, después el tratamiento de los datos, fue realizada análisis inferencial entre los diagnósticos de enfermería que presentaron índice de concordancia (IC)  $\geq 0,80$ , se emplean dos test estadísticos: qui-cuadrado de Pearson y el exacto de Fisher (frecuencias esperadas menores que cinco), para verificar la asociación estadística entre el diagnóstico de enfermería y sus respectivas características definidoras, factores relacionados y factores de riesgo ( $p < 0,05$ ). El análisis fue basada en la lectura de las estadísticas descriptivas, bien como en el análisis del valor  $p$  encontrado, con sus respectivos comentarios. Para la significancia estadística adoptó un nivel de 5%. Los datos fueron presentados en tablas y discutidos conforme la literatura pertinente.

La investigación atendió a los preceptos éticos de investigación envolviendo seres humanos, con parecer favorable del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de

Rio Grande del Norte (UFRN), nº 267.215, y con Certificado de Presentación para Apreciación Ética nº 11984212.4.0000.553.

## RESULTADOS

Participaron del estudio 58 pacientes, la mayoría del sexo femenino (84%), con una edad de 20 a 40 años (con media de  $\pm 30,32$ ), casada (62%), con enseñanza fundamental completa (72%), renta de un a dos sueldos mínimos (57,2%), caucasiana (60%) y procedente del interior del estado (75%). En relación a la caracterización de los enfermeros especialistas, actúan en la unidad de estudio, en media, hay 10,5 años; dos poseen título de maestro y tres de doctorado; todos poseen artículos publicados relacionados a la EM.

En la identificación de los datos fueron encontradas 30 afirmativas de diagnóstico de enfermería para pacientes con EM y que obtuvieron el IC  $\geq 0.80$  entre los enfermeros especialistas, conforme muestra la Tabla 1.

**Tabla 1** - Distribución de los diagnósticos de enfermería en pacientes con esclerosis múltipla. Natal, 2014.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (IC > 0.80)	Presente n(%)	Ausente n(%)
Movilidad física perjudicada	100	0
Intolerancia a la actividad	92	8
Eliminación urinaria perjudicada	89	11
Memoria perjudicada	84	16
Estándar de sueño perjudicado	83	17
Estreñimiento	81	19
Enfrentamiento ineficaz	79	21
Dolor crónico	75	25
Déficit en el autocuidado para alimentación	69	31

Disfunción sexual	51	49
Control familiar ineficaz del regimen terapeutico	48	52
Ansiedad	48	52
Síndrome del estrés por cambio	46	54
Negación ineficaz	45	55
Tristeza crónica	44	56
Miedo	44	56
Resiliencia individual perjudicada	44	56
Disturbio de la imagen corporal	43	57
Riesgo de dignidad humana	42	58
Baja autoestima situacional	42	58
Desesperanza	41	59
Déficit en el autocuidado para el baño	40	60
Riesgo de intolerancia a la actividad	40	60
Estándar respiratorio ineficaz	39	61
Perfusión del tejido periférica ineficaz	38	62
Debito cardíaco disminuido	35	65
Campo de energia perturbado	32	68
Déficit en el autocuidado para vestirse	32	68
Disposición para sueño mejorado	30	70
Riesgo de síndrome del desuso	29	71

Los diagnósticos de enfermería más frecuentes en los pacientes con EM fueron: movilidad física perjudicada e intolerancia a la actividad mientras lo menos frecuente fue riesgo de síndrome del desuso. Debido a lo cuantitativo de diagnósticos de enfermería, se optó por realizar la asociación entre ellos y sus respectivas características definidoras, factores relacionados y de riesgo, que obtuvieron frecuencia relativa  $\geq 50\%$ .

**Tabla 2** - Asociación de los diagnósticos de enfermería y sus respectivas características definidoras y factores relacionados en pacientes con esclerosis múltipla. Natal, 2014.

Diagnósticos de Enfermería	Característica definidora	f	Estadística p<0,05*	Factores relacionados	f	Estadística p<0,05*
Movilidad física perjudicada	Amplitud limitada de movimiento	100	-	Perjuicios neuromusculares	100	-
	Capacidad limitada para desempeñar las habilidades motoras finas	100	-			
	Capacidad limitada para desempeñar las habilidades motoras gruesas	100	-			
Intolerancia a la actividad	Malestar en los esfuerzos	92	p<0,065	Debilidad generalizada	35	p<0,034*
	Relato de fatiga	45	p<0,04*			
	Relato de debilidad	92	p<0,02**			
Eliminación urinaria perjudicada	Incontinencia	89	p<0,00*	Daño sensorio-motor	58	p<0,00**
	Frecuencia	45	p<0,08			
	Urgencia urinaria	67	p<0,12			
Memoria perjudicada	Incapacidad de recordar eventos	84	p<0,00**	Disturbios neurológicos	44	p<0,04**
	Incapacidad de retener nuevas informaciones	40	p<0,06			
	Experiencias del olvido	78	p<0,134			
	Fatiga generalizada	28	p<0,04*			
Estreñimiento	Cambios en el estándar intestinal	38	p<0,06	Lesión neurológica	58	p<0,02**
	Frecuencia disminuida	81	p<0,03*			
Enfrentamiento ineficaz	Dificultad para organizar informaciones	79	p<0,45	Nivel inadecuado de percepción de control	58	p<0,04**
	Fatiga	28	p<0,23			
	Relato de incapacidad de enfrentamiento	20	p<0,02**			
Dolor crónica	Fatiga	15	p<0,00*	Incapacidad física crónica	45	p<0,00**
	Relato verbal de dolor	75	p<0,08			
Déficit en el autocuidado para alimentación	experiencias del olvido	69	p<0,00*	Perjuicio neuromuscular	69	p<0,02*
	Incapacidad de llevar los alimentos de un recipiente a la boca	69	p<0,06			
	Incapacidad de mastigar alimentos	20	p<0,03			
	Incapacidad de tragar alimentos	69	p<0,00*			
Estándarización de sueño perjudicado	Capacidad funcional disminuida	18	p<0,04*	Interrupciones	35	p<0,035**
	Cambio en el estándar normal del sueño	83	p<0,08			
Disfunción sexual	Limitaciones reales impuestas por la enfermedades	51	p<0,03**	Función corporal alterada	35	p<0,03*
	Limitaciones reales impuestas por la terapia	9	p<0,28			
	Incapacidad de alcanzar la satisfacción deseada	17	p<0,34			

\* p <0,05 test de Qui-Cuadrado de Pearson; \*\* p <0,05 teste Exato de Fisher

No fue verificada asociación estadística significativa entre el diagnóstico movilidad física perjudicada y sus componentes, una vez que ese estuvo presente en 100% de la muestra, impidiendo la formación de tablas de contingencia 2x2 y la consecuente aplicación de test estadísticos de asociación. Para todos los otros diagnósticos fue encontrada significancia estadística con por lo menos una de sus características definidoras y factor relacionado. Para ninguno de ellos, sin embargo se constató significancia con todas sus características definidoras.

## DISCUSIÓN

El perfil diagnóstico de enfermería delineado organiza y favorece el cuidado, documenta la práctica, identifica, comprende, describe, explica y/o predice las necesidades humanas de individuos, familias y colectividades, en face de problemas de salud, y determina que aspectos de esas necesidades exijan una intervención profesional de enfermería.

Así, la práctica de la elaboración de los perfiles orientados a las afecciones neurológicas es incipiente, siendo perceptibles, en un estudio con pacientes víctimas de accidente vascular cerebral (AVC), que, a partir de los diagnósticos, fue posible comprender a fisiopatología de la enfermedad, como también identificar los factores determinantes y condicionantes sociales y fisiológicos. Es, así, inferir acciones de enfermería de cuño terapéutico y de prevención, sea en el ámbito individual o en colectivo<sup>(11)</sup>.

Para la elaboración del perfil diagnóstico, el enfermero debe utilizar de su conocimiento, habilidades cognitivas, interpersonales, y sus actitudes profesionales, que determinan o contenido y la cualidad dos resultados de su utilización, diseñando el raciocinio clínico<sup>(5)</sup>.

En ese sentido, en el presente estudio, se observó una predominancia de los diagnósticos movilidad física perjudicada; intolerancia a la actividad; eliminación urinaria perjudicada; memoria perjudicada; estándar de sueño perjudicado; déficit en el autocuidado para alimentación; enfrentamiento ineficaz; Estreñimiento; Disfunción sexual y Dolor crónica.

Se destaca que la EM es una enfermedad crónica y degenerativa, que destruye progresivamente las estructuras que realizan la conducción del impulso nervioso, debilitando, así, diversos sistemas orgánicos, como el sistema muscular, que afecta la habilidad motora. La movilidad física perjudicada estuvo asociada a la amplitud limitada de movimiento, relacionada a la fuerza muscular disminuida. Así, el músculo pierde la actividad neuronal del sistema nervioso periférico, disminuyendo a las habilidades motoras finas o gruesas, resultando en perjuicio motor, causando la intolerancia a cualquier tipo de actividad física<sup>(12)</sup>.

Así, se puede inferir que la movilidad física perjudicada lleva al paciente con EM a una intolerancia a la actividad el déficit en el autocuidado para la alimentación, los cuales están caracterizadas de forma diferenciada. El malestar en los esfuerzos físicos y la franqueza generalizada (adinamia) caracterizan una inflexibilidad de la actividad, divergente de la incapacidad de autocuidado que os pacientes con EM tiene que llevar los alimentos de un recipiente a la boca, proveniente del perjuicio neuromuscular.

Sin embargo, delante de las evidencias, y utilizando la lógica del raciocinio clínico, la causa que lleva al perjuicio neuromuscular de la movilidad física, a la cual son inherentes las habilidades motoras, lleva a la pérdida de la coordinación motora fina y gruesa, limitando cualquier tipo de actividad y causando perjuicio en el autocuidado, restringiendo, así, las actividades de la vida diaria<sup>(12)</sup>.

De ese modo, es necesario que la enfermería proceda ejecutando ejercicios de dirección en la rehabilitación motora y descompresión de áreas de preeminencias óseas, previniendo atrofias, lesiones, y, consecuentemente, favoreciendo la mantención de la condición de salud de los pacientes<sup>(13)</sup>.

En ese estudio, algunos pacientes presentaron cuadro de infección del trato urinario, además de la incontinencia urinaria, que es decurrente del daño sensorio motor. La causa del daño está elucidada como una disfunción en el sistema de conducción eléctrica en la región torácica en el perímetro del tronco del sistema nervioso central, afectando la actividad muscular que ocasiona disfunción vesical<sup>(14)</sup>. Así, el paciente presenta una hiperactividad del detrusor neurogénico (HDN), que se caracteriza por contracciones involuntarias durante la fase de lleno de la vejiga<sup>(14)</sup>.

La constipación intestinal fue identificada a partir de la fatiga generalizada relacionada a la lesión neurológica, y se percibe que la incidencia de la severidad no estaba solamente relacionada a los respectivos factores, mas al consumo insuficiente de fibras y líquidos, actividad física reducida, y de algunos medicamentos utilizadas en la terapéutica.

En ese sentido, es importante una atención especial por parte del equipo de enfermería en la identificación de las disfunciones vejiga e intestinales en personas con cuadro de EM avanzado, pues su reaparición interfiere en la recuperación de los pacientes. De esa forma, el enfermero debe realizar intervenciones para el manejo y control, proporcionando comodidad y bienestar<sup>(15)</sup>.

El dolor identificada a partir de la fatiga relacionada a la incapacidad física crónica también es un diagnóstico comúnmente observado en pacientes con EM. La causa está evidenciada en el exceso de ácido láctico y prostaglandinas, causando lesiones del tejido en diversos sistemas orgánicos<sup>(16)</sup>. Entre los principales sistemas, se

observó que el estándar de sueño del paciente estaba perjudicado, caracterizado por la capacidad funcional disminuida y relacionada a las interrupciones.

De igual importancia, se noto que el enfermero debe implementar intervenciones en las situaciones en que genera reflexión, de entre estas tenemos: la administración de medicamentos, de forma controlada, para que no genere dependencia; el cambio de decúbito, para que el volumen de sangre circule de forma homogéneamente y las citocinas sean depuradas por la zona hepática; masaje, y aplicación de compresas frías y térmicas. Además de eso, es esencial ver y oír al paciente para percibir los índices verbales y no verbales de dolor, como también registrar con exactitud la naturaleza, el tipo, la localización y la duración del dolor<sup>(13)</sup>.

Cuanto al sueño perjudicado, a las acciones de promoción de comodidad y prevención de la insomnio pueden ser ofertadas por el enfermero, como la disponibilización de un ambiente tranquilo, iluminación disminuida, reducción de ruidos y de situaciones estresantes<sup>(14)</sup>.

El paciente con EM presenta, en el curso de la enfermedad, una deterioración cognitiva que perjudica la velocidad de procesamiento de las informaciones y de la memoria, afectando a las habilidades de traducción de las informaciones. El diagnóstico memoria perjudicada fue caracterizado por la incapacidad de recordar eventos relacionados a disturbios neurológicos, pues, en pacientes con EM, debe ser estimulada la capacidad cognitiva por medio del uso de fotografías, diseño y pintura<sup>(17)</sup>.

Los diagnósticos de enfrentamiento ineficaz y disfunción sexual estuvieron frecuentes en los pacientes con EM. Así, las modificaciones emocionales como ansiedad, tristeza, depresión, labilidad emocional y euforia deben ser observadas. Estos cambios perjudican su calidad de vida, dificultar la realización de actividades cotidianas<sup>(18)</sup>.



El modo como el paciente con EM reage emocionalmente a las alteraciones provocadas por la enfermedad, también altera la forma como el individuo se percibe, modificando su identidad personal y la forma como comprende e interface con el ambiente físico y social. Se observa que los disturbios psiquiátricos son secundarios a las lesiones desmielinizantes en el lobo temporal, región especialmente asociada con alteración psiquiátrica, aún sin fisiopatología totalmente conocida<sup>(17)</sup>.

Así, el enfermero necesita estar atento a los cambios en el humor de los pacientes por el hecho de existir una relación entre ese cuadro es una probabilidad de cometer suicidio. Con eso, la asistencia debe ser inminente y constante, llevando en cuenta las consecuencias sociales y psíquicas de la enfermedad como un obstáculo para el desarrollo de nuevos planos de cuidados necesarios durante el tratamiento<sup>(13)</sup>.

En relación a la disfunción sexual, la causa aún es poco aclarado, pero se sabe que ese proceso de destrucción neuronal afecta el sistema límbico, disminuyendo la producción de hormonas sexuales. Se observa que algunos pacientes tenían características comunes, como las limitaciones reales impuestas por la enfermedad y terapia, pues no sólo la enfermedad lleva a la disfunción sexual, pero también el proceso medicamentoso, lo cual lleva a modificaciones en la producción hormonal del paciente, provocando en los hombres una disminución de testosterona y en las mujeres de estrógeno y progesterona<sup>(19-20)</sup>.

## CONCLUSIÓN

Fueron identificados 30 diagnósticos de enfermería en los pacientes con EM hospitalizados en una unidad neurológica, sin embargo solamente 10 alcanzaron el índice de concordancia  $\geq$

0.80, siendo estos: movilidad física perjudicada; intolerancia a la actividad, eliminación urinaria perjudicada; memoria perjudicada; estándar de sueño perjudicado; déficit en el auto cuidado para alimentación; enfrentamiento ineficaz; constipación; disfunción sexual y dolor crónico.

Las limitaciones de ese estudio consisten en el hecho de la evaluación clínica ser un proceso subjetivo, delante de eso, el proceso diagnóstico está sujeto las incertezas, trayendo implicaciones para los resultados esperados e intervenciones específicas de enfermería. Otra limitación consiste en el hecho de tratarse del perfil de DE en pacientes con EM del sector de neurología de una única institución, cuya muestra fuera seleccionada por conveniencia. De esa forma, estos resultados, a pesar de importantes para la práctica, no pueden ser generalizados, una vez que, dependiendo de las características socio-económicas, regionales y de los servicios de salud, este perfil puede variar. Sin embargo, el estudio podrá servir de base para la enseñanza del diagnóstico de enfermería, tanto a los enfermeros del sector en cuestión, como para alumnos de graduación que hicieron parte del estudio.

En face de estas consideraciones, se recomienda la realización de otros estudios con vistas a la utilización del proceso de enfermería en el paciente con EM, pues la implementación de una asistencia de enfermería sistematizada favoreció una práctica crítica y científica, ciertamente conducente al reconocimiento profesional junto a la clientela, cabiéndole reflexiones sobre la práctica en el ámbito de la enseñanza, investigación y extensión.

## CITAS

1. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can J Psychiatry* 2013;49(3):157-63.
2. Morrison JD, Stuijbergen AK. Outcome expectations and physical activity in persons with

- longstanding multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs*. 2014;46(3):171-79.
3. Askari F, Ghajarzadeh M, Mohammadifar M, Azimi A, Sahraian MA, Owji M. Anxiety in patients with multiple sclerosis: association with disability, depression, disease type and sex. *Acta Med Iran*. 2014;52(12):889-92.
  4. Heise CO. As voltas com o diagnostico de autoimunidade. *Fleury Medicina e Saúde*. 2014; 2 (6): 09-11
  5. Cerullo JASB, Cruz DALM. Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18 (1):180-6.
  6. Almasalha F, Xu D, Keenan GM, Khokhar A, Yao Y, Chen J, et al. Data mining nursing care plans of end-of-life patients: a study to improve healthcare decision making. *Int J Nurs Knowl*. 2013;24(1):15-24.
  7. Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25(1):30-8.
  8. Fontelles MJ, Simões MG, Almeida JC, Fontelles RG. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. *Rev Paran Med*. 2010;24(1):57-64.
  9. Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nursing Association – recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014; 51(8):1160–70.
  10. Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. 3 ed. St Louis: Mosby;1994.
  11. Mattia, AL; Barbosa, MH; Pontes, DC; Alves, DC. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral. *Nursing*. 2011.14(158):388-94.
  12. Doring A, Pfueller C, Paul F, Dorr J. Exercise in multiple sclerosis– an integral component of disease management. *The EPMA Journal*. 2012; 3:2.
  13. Silva PLN, Santos S, Freitas EAM. Sistematização da assistência de enfermagem ao portador de esclerose múltipla. *Rev Digital*. 2012;172(17):5-12.
  14. Denys P, Phe V, Even A, Chartier-Kastler E. Therapeutic strategies of urinary disorders in MS. Practice and algorithms. *Ann Phys Rehabil Med*. 2014;57(5):297-301.
  15. Faleiros F, Paula EDR. Paralisia cerebral tetraplégica e constipação intestinal: avaliação da reeducação intestinal com uso de massagens e dieta laxante. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):836-42.
  16. Ben-Zacharia AB. Therapeutics for multiple sclerosis symptoms. *Mt Sinai J Med*. 2011;78(2):176-91.
  17. Olascoaga J. Quality of life and multiple sclerosis. *Rev Neurol*, 2010; 51(5): 279-88.
  18. Rinaldi F, Calabrese M, Grossi P, Puthenparampil M, Perini P, Gallo P. Cortical lesions and cognitive impairment in multiple sclerosis. *Neurol Sci*. 2010; 31(2):235-37.
  19. Filippi M, Rocca M.A. MRI and cognition in multiple sclerosis. *Neurol Sci*. 2010; 31(2):231-34.
  20. Giorgio A, De Stefano N. Cognition in multiple sclerosis: relevance of lesions, brain atrophy and proton MR spectroscopy. *Neurol Sci*. 2010; 31(2):245-48.

---

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](http://www.objnursing.uff.br/normas/DUDE_final_13-06-2013.pdf)

---

Recibido: 14/10/2015  
 Revisado: 06/07/2016  
 Aprobado: 15/08/2016