



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Artículos Originales



Diagnósticos de enfermería del dominio actividad/reposo en personas viviendo con SIDA: transversal

Reno Ribeiro Barbosa Alves¹, Vinicius Lino de Souza Neto¹,
Renan Ribeiro Barbosa Alves¹, Bárbara Coeli Oliveira da Silva¹,
Sueleide Cristina Dantas dos Santos¹, Richardson Augusto Rosendo da Silva¹

¹ Universidad Federal de Rio Grande del Norte

RESUMEN

Objetivo: Identificar los diagnósticos de enfermería del dominio actividad/reposo de la Taxonomía II de la NANDA-I y analizar la asociación entre los diagnósticos más frecuentes y sus características definidoras, factores relacionados/riesgo en personas viviendo con SIDA. **Método:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado con 113 pacientes en el período de marzo a septiembre de 2014. Para recolectar los datos, se utilizaron dos instrumentos validados para realizar la anamnesis y el examen físico. Para elaborar los diagnósticos se siguió el modelo de Risner. Y para fines de asociación estadística, se utilizaron los testes de Chi-Cuadrado y Fisher. **Resultados:** Se identificaron 30 diagnósticos, y solamente seis presentaron asociación estadísticamente significativa con sus componentes: patrón de sueño perjudicado; fatiga; insomnio; riesgo de perfusión renal ineficaz; deambulación perjudicada; déficit del autocuidado al bañarse. **Conclusión:** Los diagnósticos con los respectivos componentes asociados facilitan la elaboración de intervenciones de enfermería de forma prioritaria.

Descriptor: Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

INTRODUCCIÓN

Las diversas herramientas sistemáticas, como esquemas de cuidados, protocolos, estandarizados de procedimientos y el proceso de enfermería (PE), tienen el objetivo de organizar la gestión del cuidado para que se puedan adoptar determinadas decisiones, basándose en evidencias científicas y en el pensamiento crítico del enfermero⁽¹⁻²⁾.

De esta forma, los cuidados sistemáticos direccionados a las personas que tienen SIDA requieren que los profesionales de salud posean habilidad y competencias científicas, para que, así, desarrollen una asistencia dentro del modelo de promoción de la salud. Actualmente, según el Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNSIDA), Programa de las Naciones Unidas, se estima que en América Latina existan 1,6 millones de personas viviendo con SIDA. La mayoría de los casos (más de 75%) se concentra en países como Brasil, Argentina, Colombia y Venezuela. En Brasil, entre 1980 y junio de 2015, fueron notificados cerca de 798.366 mil casos, con media creciente de 39,7 mil casos⁽³⁾.

Delante de esta problemática, el enfermero, como profesional de salud, tiene un papel fundamental en la atención de las personas con SIDA, tanto en la promoción y prevención positiva como en el cuidado de los agravamientos de la salud, procurando mejorar la calidad de vida⁽⁴⁾.

Por lo tanto, es necesario que el trabajo del enfermero se ejecute conforme el método científico, a través de acciones sistematizadas e interrelacionadas, y se organice en las siguientes etapas: diagnóstico, resultados e intervenciones de enfermería. Estos son elementos esenciales de la práctica del enfermero, y contribuyen para analizar y decidir las reales necesidades de cuidado terapéutico de los pacientes⁽⁴⁻⁵⁾.

En este sentido, la elaboración del diagnóstico de enfermería se convierte en una etapa

imprescindible, por ser considerada la actividad intelectual desarrollada por el profesional de enfermería en su cotidiano, con el fin de juzgar las respuestas humanas que exigen intervenciones de enfermería. Para poder elaborarla, el enfermero debe utilizar su conocimiento, sus habilidades cognitivas e interpersonales y sus actitudes profesionales, lo que determina el contenido y la calidad de los resultados de la utilización de los diagnósticos de enfermería, diseñando el raciocinio clínico⁽⁶⁾.

A partir de esas presuposiciones y con el objetivo de justificar el desarrollo del estudio, se realizó una búsqueda en los bancos de datos electrónicos Literatura Latino-Americana y del Caribe (LILACS) y Literatura Internacional en Ciencias de la Salud y Biomédica (MEDLINE), a partir de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS); y en los bancos internacionales SCOPUS y CINAHL, con el intuito de analizar las producciones científicas sobre la temática.

De este modo, se verificaron las producciones científicas que tratan de la utilización de la NANDA - I para formular los diagnósticos de enfermería en diversas áreas, como para pacientes renales crónicos en hemodiálisis, en mujeres con heridas crónicas y niños hospitalizados⁽⁷⁻⁹⁾. Sin embargo, se observó una deficiencia de producción científica referente al dominio actividad/reposo para personas con SIDA.

Por tanto, este estudio busca identificar las necesidades prioritarias de esa clientela, en lo que se refiere al dominio, para, así, estructurar un modelo de cuidado acogedor y humanizado, que no considere solo los aspectos de cuño biológico, sino también la relación entre los factores ambientales, sociales e interpersonales, para alcanzar una atención integral e interdisciplinar en el área de infectología.

A partir de las lagunas encontradas emergieron los siguientes cuestionamientos: ¿Cuáles son los diagnósticos de enfermería identificados

en el dominio actividad/reposo de la NANDA – I para las personas viviendo con SIDA? ¿Cuáles son los más frecuentes? ¿Existe asociación entre esos diagnósticos de enfermería y sus respectivas características definidoras, factores relacionados y/o de riesgo?

En este sentido, el objetivo del estudio fue identificar los diagnósticos de enfermería del dominio actividad/reposo de la Taxonomía II de la NANDA-I y analizar la asociación entre los diagnósticos más frecuentes y sus características definidoras, factores relacionados/riesgo en personas viviendo con SIDA.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal, descriptivo, con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital de referencia en tratamiento de enfermedades infectocontagiosas en el Nordeste de Brasil. La población del estudio fue constituida por personas con SIDA que se encontraban internadas en la unidad hospitalaria. Para el cálculo de la muestra se utilizó la media de internados en el período de 2009 a 2013, llegando a un cuantitativo de aproximadamente 158 personas con SIDA. El cálculo del tamaño de la muestra ocurrió por la fórmula para poblaciones finitas, teniendo en consideración el nivel de confianza de 95% ($Z_{\infty}=1,96$), el error de muestra de 5% y el tamaño de la población⁽¹⁰⁾.

La selección de los 113 pacientes se obtuvo a través del muestreo por conveniencia del tipo consecutivo. Para ello, se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: haber sido diagnosticado clínicamente con SIDA, presentar edad mayor de 18 años y estar internado en el hospital en el período de la recolecta de los datos. Como criterios de exclusión se utilizaron: desconocer el diagnóstico de la enfermedad y no estar en condiciones psíquicas y emocionales.

Para verificar la condición psíquica de los pacientes con SIDA, los investigadores previamente se dirigían al prontuario para analizar el histórico y la evolución de la enfermedad. En seguida, se dirigían al equipo de enfermería para obtener informaciones adicionales sobre el comportamiento del paciente y su orientación en el espacio y el tiempo⁽¹¹⁾.

Los datos se colectaron en el período de marzo a septiembre de 2014, por medio de una guía de anamnesis y examen físico que contemplaba los aspectos sociodemográficos, clínicos y de comportamientos. El instrumento fue sometido a la validación del contenido y de apariencia por diez docentes que desarrollaron estudios en el área de Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE), posteriormente las sugerencias propuestas fueron contempladas en el instrumento.

Por quererse la homogeneización en la coleta de datos, se realizó un entrenamiento teórico y práctico para estandarizar la recolecta de datos con dos alumnos de iniciación científica (IC) y tres alumnos del máster. El curso tuvo una carga horaria de 12 horas semanales, realizado por medio de aulas expositivas y dialogadas y discusiones de casos clínicos, con énfasis en el abordaje de personas con SIDA.

Después de la etapa teórica del curso, se realizó una actividad práctica de simulacro de examen físico, en pareja, con el intuito de capacitar a los investigadores y uniformizar la recolecta de datos. Entonces, después de esta etapa, se realizó, como un pre test, la aplicación del instrumento con 10% de la muestra, sin necesitar modificar nada.

La elaboración de los diagnósticos fue procesual, realizada simultáneamente con la recolecta de datos, buscando identificar las características definidoras y los factores relacionados/de riesgo de acuerdo con la NANDA-I, versión 2012-2014. Para la estructuración de los

diagnósticos de enfermería se siguieron dos etapas de juzgamiento clínico de Risner⁽¹²⁾, a saber: a) fase de análisis y síntesis; b) establecimiento del diagnóstico.

Después de la construcción, las afirmativas diagnósticas de enfermería fueron sometidas a un proceso de validación de contenido para personas con SIDA.

También se les solicitó la colaboración a tres enfermeros asistenciales y a dos docentes de enfermería que actuaban en la clínica. Tales profesionales fueron incluidos en la validación, debido a su experiencia y especialidad en la clínica. Su incumbencia fue evaluar si las afirmativas propuestas se podían aplicar a las personas con SIDA. En caso de discordancia de las afirmativas, se les solicitó que presentaran sugerencias para su ser adecuado a la práctica de enfermería.

Para realizar el tratamiento de los datos recolectados, los instrumentos fueron numerados y las variables fueron codificadas e insertadas en un banco de datos construido en el programa *Excel for Windows*. Así, se organizó una planilla con el análisis descriptivo de las distribuciones de frecuencias de los respectivos diagnósticos de enfermería. Para el análisis del grado de concordancia entre el investigador y los especialistas, se optó por el índice de Kappa, analizado por el programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versión 22.0.

El índice de Kappa fue definido como una medida de asociación para describir y comprobar el grado de concordancia, o sea, confiabilidad y precisión de una valoración. Valores de Kappa ≥ 0.8 son considerados como un buen nivel de concordancia. Para fines de validación de los diagnósticos de enfermería, fueron considerados solamente los que tuvieron concordancia substancial y excelente.

Después del tratamiento de los datos, se realizó el análisis inferencial entre los diagnósticos de enfermería que presentaron IC ≥ 0.80 y

las respectivas características definidoras y los factores relacionados, por medio de los testes estadísticos Chi-Cuadrado de Pearson y Exacto de Fisher, considerando $p < 0,05$.

El estudio atendió los preceptos éticos de las investigaciones que envuelven a seres humanos según las normas nacionales e internacionales, con parecer favorable del Comité de Ética en Pesquisas de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte (UFRN), conforme el Parecer: nº 508.445/2014, y con el Certificado de Presentación para Apreciación Ética nº 23008113.8.0000.5537.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 113 sujetos, con edad mínima de 30 años y máxima de 39 años, siendo la mayoría del sexo masculino (72,6%), soltera (66,4%), con enseñanza primaria incompleta (55,7%) y renta familiar de hasta un salario mínimo (47,8%). Fueron identificadas 30 afirmativas de diagnóstico de enfermería para personas con SIDA (IC ≥ 0.80), conforme la Figura 01.

Figura 01. Distribución de los diagnósticos de enfermería identificados en personas con SIDA, de acuerdo con el dominio actividad/reposo, Natal/RN, 2015

Diagnósticos de enfermería	IC > 0.80
Patrón de sueño perjudicado	0.96
Fatiga	0.82
Insomnio	0.80
Deambulacion perjudicada	0.80
Riesgo de perfusion renal ineficaz	0.80
Déficit en el autocuidado al bañarse	0.80
Privación del sueño	0.65
Disposición para sueño mejorado	0.65
Capacidad de transferencia perjudicada	0.60
Movilidad con silla de rueda perjudicada	0.59
Movilidad física perjudicada	0.48
Movilidad en el lecho perjudicada	0.48
Riesgo de síndrome del desuso	0.45

Campo de energía perturbado	0.44
Perambulación	0.42
Débito cardíaco disminuido	0.41
Intolerancia a actividad	0.41
Riesgo de intolerancia a actividad	0.38
Patrón respiratorio ineficaz	0.36
Riesgo de perfusión gastrointestinal ineficaz	0.34
Riesgo de perfusión tisular cardíaca disminuida	0.33
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	0.31
Perfusión tisular periférica ineficaz	0.30
Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz	0.29
Respuesta disfuncional al desmame ventilatorio	0.28
Ventilación espontánea perjudicada	0.25
Disposición para mejoría del autocuidado	0.22
Déficit en el autocuidado para alimentación	0.22
Déficit en el autocuidado para baño	0.20
Déficit en el autocuidado para higiene íntima	0.19

Considerando el elevado número de diagnósticos encontrados, la Figura 02 revela la asociación estadística de los diagnósticos que obtuvieron $IC \geq 0.80$ con los respectivos factores relacionados y las características definidoras, considerando $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo limitado a la realidad de una ciudad del Nordeste del País, pero se cree que este trabajo pueda incentivar nuevas investigaciones en el campo del respectivo dominio. Es válido destacar que algunos estudios fueron desarrollados utilizando la NANDA-I, sobre algunos dominios específicos, como el de seguridad y protección, que identificó los diagnósticos riesgo de infección (100,0%), riesgo de trauma vascular (83,3%), riesgo de suicidio (10,0%), riesgo de integridad de piel perjudicada (36,7%), riesgo de caída (23,3%) y riesgo de aspiración (10,0%)⁽⁵⁾.

En el presente estudio los diagnósticos predominantes que presentaron $IC \geq 0.80$ y correlación estadística significativa fueron: patrón de sueño perjudicado; fatiga; insomnio; riesgo de perfusión renal ineficaz; deambulación perjudicada; y déficit del autocuidado al bañarse.

Se enfatiza que las personas con SIDA pasan por diversos cambios fisiológicos, sea en el ámbito sensorio-motor, cardiopulmonar, tegumentario o neurológico. El patrón de sueño perjudicado estuvo asociado a la capacidad funcional disminuida y relacionado al cambio del patrón normal de sueño. La fisiología del sueño es un estado transitorio y reversible, que se alterna con la vigilia (estado despierto). Se trata de un proceso activo que envuelve múltiples y complejos mecanismos fisiológicos y comportamentales en varios sistemas y regiones del sistema nervoso central (SNC). El sueño normal está constituido por la alternancia de las fases REM (movimientos rápidos de los ojos) y NREM, caracterizada por el sueño profundo y de descanso⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Se observa que en las personas con SIDA la causa para las modificaciones del sueño todavía no está elucidada. En la Universidad de Carolina del Sur, se verificó que los factores asociados a la perturbación del sueño en personas con SIDA fueron el estrés y el estrés psicológico, bajo nivel socioeconómico, jaquecas y efectos colaterales farmacológicos. Por ejemplo, Efavirenz, que es un medicamento muy usado y lleva al paciente a un cuadro de insomnio, inquietud e irritabilidad⁽¹⁵⁾.

En una cohorte realizada, las altas tasas de prevalencia de insomnio en personas viviendo con SIDA estaban ligadas a los factores psicológicos, a la ansiedad y a la depresión. Referente a la asociación entre el uso de los medicamentos antirretrovirales e insomnio, los estudios puntúan que en personas con HIV, o SIDA, los

Figura 02. Asociación entre los diagnósticos de enfermería y respectivas características definidoras y factores relacionados/riesgo del dominio actividad/reposo, Natal/RN, 2015

Diagnósticos de enfermería	Característica definidora	Estadística p<0,05*	Factor relacionado	Estadística p<0,05*
Patrón de sueño perjudicado	Capacidad funcional disminuida	p<0,00*	Cambio del patrón normal de sueño	p<0,01*
	Cambio del patrón normal de sueño	p<0,15		
Fatiga	Falta de energía	p<0,0024*	Anemia	p<0,028*
	Aumento de las quejas	p<0,18		
	Desnutrición	p<0,36		
Insomnio	Medicamentos	p<0,02*	Relato de dificultad para adormecer	p<0,018*
			Ansiedad	p<0,29
			Sueño interrumpido	p<0,08
Deambulación perjudicada	Fuerza muscular insuficiente	p<0,025*	Capacidad perjudicada de subir y bajar aceras	p<0,039*
	Capacidad perjudicada de andar en subidas	p<0,87		
Riesgo de perfusión renal ineficaz			Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	p<0,00*
			Efectos secundarios relacionados al tratamiento	p<1,25
Déficit en el autocuidado al bañarse	Incapacidad de lavar el cuerpo	p<0,0047*	Debilidad	p<0,0027*
			Dolor	p<0,54
			Ansiedad Grave	p<0,29

*Testes Chi-Cuadrado y Fisher con nivel de significancia menor de que 0,05 (p<0,05)

medicamentos interfieren en el proceso sueño vigilia⁽¹³⁻¹⁵⁾. Además, se observó que el sueño perturbado refleja un efecto negativo sobre la inmunidad, pues ocurre un descenso significativo de las células T CD4+, derivado de la producción de estimuladores, como los neuropeptidos, haciendo que la persona se quede más vulnerable a diversas enfermedades.

En este sentido, es imprescindible que el enfermero promueva intervenciones que atenúen el cuadro, como colocar el cuarto en penumbra, administrar los medicamentos en el horario diurno, e implementar terapias complementares, entre ellas la balneoterapia y dar suplementos de aminoácidos inmunomoduladores⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

El uso de antirretrovirales explica el diagnóstico de insomnio, pero también otros factores lo causan como por ejemplo el estrés. Este cuadro es inherente a las personas con SIDA, pues los antirretrovirales actúan en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, disminuyendo la producción de catecolaminas, como la serotonina, que hace parte del proceso sueño y vigilia⁽¹⁸⁻¹⁷⁾.

La incidencia y severidad del insomnio también se correlaciona con los cuadros de ansiedad ligada al futuro incierto.

En un estudio realizado por investigadores de México, al analizar la posología, las reacciones adversas y el efecto colateral de los antirretrovirales, se evidenció que estos, causan diversos efectos, como cuadro de adinamia, diarrea,

náuseas, vómitos y principalmente anemia de tipo ferroprivia⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

En el presente estudio, 26 pacientes presentaron nivel de hematocrito inferior a 30% y hemoglobina de 7%, explicando, así, el diagnóstico de fatiga relacionado a la falta de energía. La fatiga es una sensación opresiva y sustentada de cansancio que disminuye la capacidad de realizar trabajo físico y mental a nivel habitual, con etiología multifactorial⁽¹⁹⁾. Se observó que el cuadro anémico puede estar relacionado al uso de los antirretrovirales, porque ellos pueden afectar la maduración de hematíes, a través de la disminución de la producción de eritropoyetina, la cual inhibe los sitios de ligación del hierro en la molécula de hemoglobina⁽¹⁹⁾. Con eso, la demanda de oxígeno se reduce y el paciente permanece por más tiempo restringido al lecho, susceptible a nuevas recaídas, pues la falta de energía afecta directamente la deambulación del paciente⁽¹⁹⁾.

Es evidente, que en las personas con SIDA la fatiga no mejora después de descansar. Por lo que, si no se identifica adecuadamente, la fatiga puede debilitar mucho más a esa clientela, interferir en el tratamiento y perjudicar la calidad de vida. Por eso, el enfermero debe realizar intervenciones como por ejemplo, el control de la energía y dar suplemento nutricional de ácido fólico asociado a la cianocobalamina, para con esto poder estimular la producción nefrogénica de eritropoyetina, mejorando así su condición física y de capacidad funcional⁽¹⁸⁾.

La deambulación perjudicada fue identificada por la fuerza muscular insuficiente relacionada a la capacidad perjudicada de subir y bajar aceras. Esa fuerza muscular disminuida en personas con SIDA puede estar ligada a la disminución de las proteínas miofibrilares, con la pérdida de masa muscular severa, que afecta directamente la relación entre las fibras musculares⁽¹⁹⁾.

De esta forma, el enfermero debe utilizar su habilidad de intervención en las personas que

tienen SIDA con dificultad de deambulación, para incentivarlas a que practiquen ejercicio, sea de forma pasiva o activa, vigilar sus movimientos en el lecho, para suprimir los riesgos de caída, así como incentivar la participación de la familia en el proceso terapéutico⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Sobre esto, se observa que algunos diagnósticos están relacionados, como la deambulación perjudicada y el déficit del autocuidado para bañarse. Las personas con SIDA, a medida que la enfermedad avanza, empiezan a disminuir su metabolismo energético, afectando las actividades de su vida diaria y el autocuidado⁽²⁰⁾.

Se nota que el enfermero debe intervenir por medio de la evaluación nutricional, incluyendo medidas antropométricas, evaluación de los hábitos alimentarios, ingestión de fuentes de energía y nutrientes y por último la sonda nasogástrica⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

Otro diagnóstico relevante del estudio fue el de riesgo de perfusión renal ineficaz, presentando como factor de riesgo el síndrome de la respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). Se verificó que la mayoría de las personas con SIDA presentó un cuadro de disuria, poliuria y anuria (en pocos). En el análisis urinario, muchas de ellas presentaron 15 piocitos por campo, y densidad mayor que 1050. Entonces, la causa tal vez pueda estar relacionada a la SIRS, que atenúa la inmunocompetencia de los ganglios linfáticos regionales del sistema urinario y el complejo formado entre el anticuerpo y el antígeno que ultrapasa el proceso de filtraje, aumentando la densidad de la orina, lo que puede originar posteriormente el síndrome nefrítico. Por eso, el enfermero debe implementar acciones como el balance hidroelectrolítico, la inducción de volemia, el control de los hallazgos de laboratorios y la orientación sobre el tipo de alimentación, sea subproteica, glicídica o lipídica⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

CONCLUSIÓN

Tras analizar los datos, los diagnósticos que presentaron asociaciones estadísticas significativas fueron: patrón de sueño perjudicado - CD capacidad funcional disminuida y FR cambio del patrón normal de sueño; fatiga - CD falta de energía y FR anemia; insomnio - CD medicamentos y FR relato de dificultad para adormecer; riesgo de perfusión renal ineficaz - FR síndrome de la respuesta inflamatoria sistémica; deambulación perjudicada - CD fuerza muscular insuficiente y FR capacidad perjudicada de subir y bajar aceras y déficit del autocuidado al bañarse - CD incapacidad de lavar el cuerpo y FR debilidad. Se observa que la elaboración de los diagnósticos de enfermería para las personas con SIDA, proporciona un cuidado direccionado para sus reales necesidades, suministrando medios para proponer las intervenciones adecuadas y alcanzar así los resultados deseados, aunque de forma parcial.

Además de eso, se espera que los resultados aquí encontrados contribuyan para los avances e incorporación de este lenguaje universal para describir la práctica profesional, en pro de mejorar la calidad del cuidado de enfermería en el escenario nacional, respetando la integridad del ser humano, y contribuyendo al constructo de enfermería como ciencia.

CITAS

1. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Habilidades de pensamiento crítico no processo diagnóstico de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2013 [Cited 2015 Sept 03] 47 (2): 341-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200010
2. Almasalha F, Xu D, Keenan GM, Khokhar A, Yao Y, Chen J, et al. Data mining nursing care plans of endof- life patients: a study to improve healthcare decision making. *Int J Nurs Knowl* [internet]. 2013 [Cited 2015 Sept 08] 24(1):15-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23413930>
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic/2012 [Citado 2015 Nov 25]. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr20_12/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf5.
4. Rivas JP, Garcia JMS, Arenas CM, Lagos MB, López MG. Implementation and Evaluation of the Nursing Process in Primary Health Care. *Internacional Journal of Nursing Knowledge* [internet]. 2012 [Cited 2015 Nov 25] 23(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22613751>.
5. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/AIDS. *Rev Eletr Enf* [internet]. 2014 [Citado 2015 Nov 25] 16(1). Available fom: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n1/pdf/v16n1a11.pdf>.
6. Mattei FD, Toniolo RM, Malucelli A, Cubas MR. International scientific output on the international classification for nursing practice. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(4):823-831.
7. Dallé J, Lucena AF. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes hospitalizados durante sessões de hemodiálise. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2012 [Citado 2015 Nov 25] 25(4). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400004.
8. Leon PAP, Nóbrega MML. Diagnóstico de enfermagem em crianças hospitalizadas utilizando a NANDA-I: estudo de caso. *Online Braz J Nurs* [internet]. 2012 [Citado 2015 Nov 25] 11(1). Available fom: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3553/pdf_2.
9. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras* [internet]. 2011 [Cited 2015 Sept 04] 10(4):275-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4/v10n4a01>
10. 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* [internet]. 2014 Aug [Cited

- 2015 Nov 25] 51(8). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24412062>.
11. Góes FSN, Dalri MCB, Fonseca LMM, Canini SRMS, Scochi CGS. Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. *Rev Eletr Enf* [internet]. 2014;16(1):44-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20564>.
 12. Horta WA. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
 13. Pérusse AD, Pedneault-Drolet M, Rancourt C, Turcotte I, St-Jean G, Bastien CH. REM sleep as a potential indicator of hyperarousal in psychophysiological and paradoxical insomnia sufferers. *J of Psychophysiology* [internet]. 2015 [Cited 2015 Nov 25] 95(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25596383>.
 14. Wirth MD, Jaggars JR, Dudgeon WD, Hébert JR, Youngstedt SD, Blair SN, et al. Association of markers of inflammation with sleep and physical activity among people living with HIV or AIDS. *AIDS Behav* [internet]. 2014 Jun [Cited 2015 Nov 25] 19(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25399034>.
 15. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica*. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
 16. Oshinaike O, Akinbami A, Ojelabi O, Dada A, Dosunmu A, and Sarah John Olabode. Quality of Sleep in an HIV Population on Antiretroviral Therapy at an Urban Tertiary Centre in Lagos, Nigeria. *Neurology Research International* [internet]. 2014 [Cited 2015 Nov 25]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/nri/2014/298703/>.
 17. Brunner LS, Suddarth DS. *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
 18. Derder SH, Greet MD, Derese I, Güiza F, Hedström Y, Wouters PJ, et al. Muscle atrophy and preferential loss of myosin in prolonged critically ill patients. *Critical Care Medicine* [internet]. 2012 [Cited 2015 Nov 25] 40(1). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926599>.
 19. Pratum R, Deanna EG, Richard MG, Pikul N, Wilawan S. A Nursing Intervention to Enhance the Self-Care Capacity of Nondisclosed Persons Living With HIV in Thailand. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* [internet]. 2013 [Cited 2015 Nov 25] 24(6). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23465403>.

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: 14/01/2016
 Revisado: 23/01/2017
 Aprobado: 17/02/2017