

NOVEDADES SOBRE ÚLCERAS E INTEGRIDAD CUTÁNEA EN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA NANDA 2015-2017

NEWS ON ULCERS AND SKIN INTEGRITY IN THE NEW CLASSIFICATION OF NURSING DIAGNOSES NANDA 2015-2017

Autor: José María Rumbo Prieto

Máster en Deterioro de la Integridad Cutánea, Úlceras y Heridas.
Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 09/11/2015

Fecha de aprobación: 16/11/2015

“NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017” es actualmente el último manual publicado por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA), sobre diagnósticos de enfermería, completamente revisado y actualizado por NANDA-I (NANDA-International)⁽¹⁾.

La nueva edición 2015-2017, que recientemente ha sido traducida al español⁽²⁾ (Imagen 1), contiene un total de 235 diagnósticos enfermeros; de ellos, 7 diagnósticos han sido eliminados referente a la edición anterior, 25 diagnósticos son nuevos (3 de ellos propuestos por España) y otros 13 han sido revisados y actualizados según los datos más actuales sobre niveles de evidencia y práctica de enfermería; además destacar como novedad que todos los diagnósticos han sido aprobados y consensuados por expertos en diagnóstico de enfermería, investigadores y educadores, tanto de la NANDA como de otras asociaciones científicas afines.

El objetivo de este artículo editorial, se centra en dar a conocer que diagnósticos son novedosos y cuales han sido actualizados por NANDA-I en referencia a la temática de esta revista: “*manejo y cuidado de la piel*”. Hablaremos, por ello, del diagnóstico de “Deterioro de la Integridad Cutánea”, de la actualización de los dos diagnósticos sobre “Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea” y “Deterioro de la Integridad Tisular”; así como, de la incorporación novedosa de los diagnósticos: “Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular” y “Riesgo de Úlceras por Presión”.

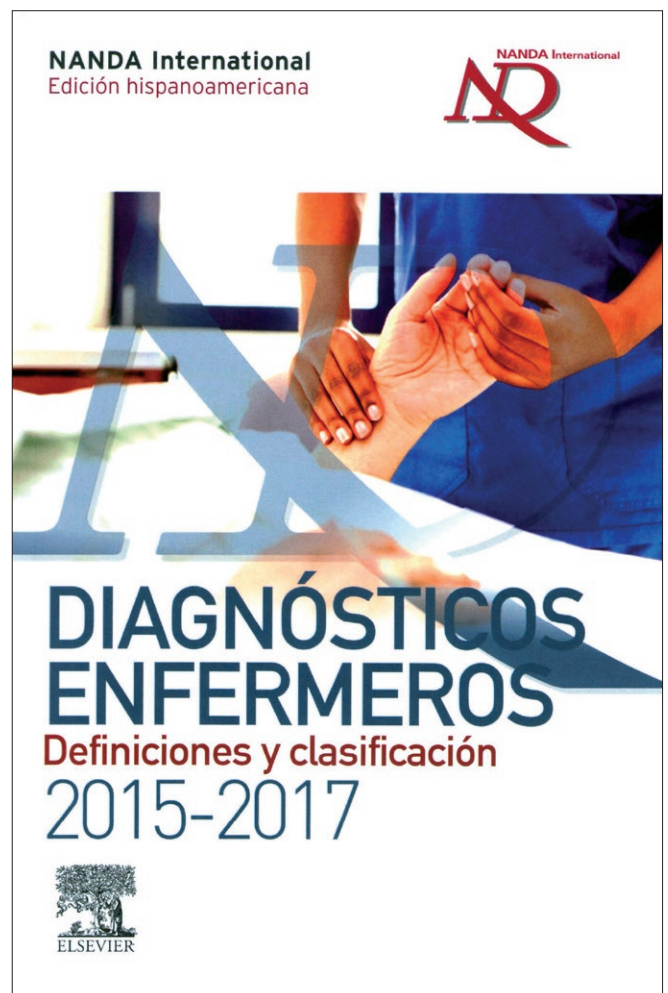


Imagen 1 - Portada de la edición en español de “NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017”

El término denominado “Deterioro de la Integridad Cutánea” (Impaired skin integrity), fue utilizado por primera vez en 1975 y modificado en 1989 por la NANDA para identificar y describir un

diagnóstico de enfermería que definió como: “*Alteración de la epidermis y/o de la dermis*”. Dicho diagnóstico (**0046-Deterioro de la Integridad Cutánea**) está incluido dentro del Dominio 11 (Seguridad/ Protección), en la Clase 2 (Lesión física/daño corporal), formando parte de la Taxonomía-II (actualmente la NANDA-I ha desarrollado la Taxonomía-III, pero aún no está en uso). Las características definitorias que identifican al citado diagnóstico son: *Alteración de integridad de la piel y materias extrañas que perforan la piel (piercing)*. Los factores causales relacionados se resumen en la tabla nº1. Este diagnóstico no ha sido actualizado en la nueva versión NANDA-I 2015-2017.

Cuando el deterioro de la piel viene determinado en forma de riesgo potencial, como resultado del uso de un sistema estandarizado de valoración del riesgo; en estos casos, la NANDA-I propone el uso del diagnóstico “**0047-Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea**” (Risk for impaired skin integrity), encuadrado también dentro del Dominio 11, clase 2, Taxonomía-II y que actualmente, en esta última versión, ha sido ampliada su anterior definición (ver subrayado) para denominarlo como: “*Riesgo de alteración en la epidermis y/o en la dermis, que puede poner en peligro la salud*”. Asimismo, los factores relacionados con este diagnóstico de riesgo coinciden con los del Deterioro de la Integridad Cutánea.

Cuando el deterioro de la piel se extiende más allá de la dermis (lo que denominamos “cutis”),

y afecta al tejido subcutáneo (tejido tegumentario o hipodérmico), o si encontramos que está alterada la membrana mucosa y/o corneal, en estos casos, se ha validado otro diagnóstico de enfermería NANDA que fue descrito y aprobado en 1986, y que se denomina “**0044-Deterioro de la Integridad Tisular**” (Impaired tissue integrity), también clasificado como de Dominio 11 (seguridad/protección), de Clase 2 (lesión física), Taxonomía II y que actualmente también ha sido modificada y ampliada su definición por la de: “*Lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartílago, cápsula articular, y/o ligamento*”. Las características definitorias de este diagnóstico tisular difieren de las cutáneas ya que afecta a capas de la piel más profundas produciendo: *Lesión y/o destrucción tisular*. Asimismo, los factores relacionados van a ser comunes al del deterioro cutáneo (Tabla 1) y, además, se incluyen otros como:

- Conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular
- Deterioro de la movilidad
- Estado de desequilibrio nutricional (p.ej. obesidad, malnutrición...)
- Neuropatía periférica
- Volumen de líquidos excesivo/deficiente
- Temperaturas ambientales extremas

FACTORES EXTERNOS	FACTORES INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Edades externas • Excreciones • Factores mecánicos (p.ej.: fuerzas de cizallamiento, presión, fricción, inmovilidad física) • Hidratación • Hipertermia • Hipotermia • Humedad • Lesión por agente químico (p.ej.:quemaduras) • Radioterapia • Secreciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes farmacológicos • Alteración de la pigmentación • Alteración de la turgencia de la piel • Alteración del metabolismo • Alteración sensorial (por diabetes, lesión medular...) • Cambio hormonal • Deterioro de la circulación • Factores psicogénicos • Inmunodeficiencia • Nutrición inadecuada • Presión sobre prominencia ósea

Tabla 1 - Factores relacionados con el Diagnóstico de Deterioro de la Integridad Cutánea²

En el caso de que el deterioro tisular venga determinado en forma de riesgo potencial; la NANDA propone, como nuevo diagnóstico (ya que antes no existía), el diagnóstico **“00248- Riesgo de Deterioro de la Integridad Tisular”** (Risk for impaired tissue integrity), el cual se define como: *“(Riesgo) vulnerable a una lesión de la membrana mucosa, cornea, sistema integumentario, fascia muscular, músculo, tendón, hueso, cartilago, cápsula articular, y/o ligamento, que puede comprometer la salud”*. Sus factores de riesgo van a ser los mismos que los descritos para el diagnóstico de Deterioro de la Integridad Cutánea y Tisular (Tabla 1); y también está clasificado dentro del Dominio 11 y Clase 2, de la Taxonomía-II.

Finalmente, en cuanto a la novedad más importante de los diagnósticos de enfermería NANDA-I en relación a la integridad de la piel, está la denominación del diagnóstico **“00249-Riesgo de Úlceras por Presión”** (Risk for pressure ulcer), el cual ha sido descrito siguiendo la definición propuesta por la NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2007), que la definió como: *“(Riesgo) vulnerable a una lesión localizada en la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o la presión en combinación con cizallamiento”*. Asimismo, NANDA lo incluye en el Dominio 11 y clase 2, de la Taxonomía-II; e identifica como factores causales para este diagnóstico un listado de más de 40 factores de riesgo para desarrollar una úlcera por presión (UPP); siendo los más significativos:

- Escala de Braden Q < 16
- Escala de Braden < 18

- Aumento del tiempo de inmovilidad sobre superficie dura (p.ej. procedimiento quirúrgico > 2 horas)
- Clasificación funcional NYHA > 2
- Clasificación del estado físico ASA > 2
- Puntuación baja en la valoración de riesgo de UPP escala RAPS
- Aumento de la temperatura corporal 1-2 °C
- Conocimiento insuficiente del cuidador sobre la prevención de UPP
- Disminución del nivel de albúmina sérica
- Linfopenia

En definitiva, creemos que los cambios observados y las nuevas propuestas de la NANDA-I entorno a los diagnósticos relacionados con la integridad de la piel (así como, para el resto de diagnósticos), va favorecer que sea más fácil para los profesionales el utilizar el lenguaje enfermero estandarizado para comunicar con mayor eficiencia y fiabilidad la naturaleza de los cuidados y tratamientos de enfermería en pacientes con riesgo de úlceras y riesgo/deterioro de la integridad cutánea y tisular a otros colegas profesionales, a los usuarios y a otros proveedores de cuidados; así como, ayudar a los gestores a planificar de forma más eficaz las necesidades del personal y de los equipos para el abordaje integral y cuidado ante este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification 2015-2017. (20th Ed). Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
2. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.