

NIVELES DE EVIDENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS NANDA-I RELACIONADOS CON LESIONES CUTÁNEAS

LEVELS OF EVIDENCE OF THE NANDA-I DIAGNOSES RELATED TO SKIN LESIONS

Autor:  José María Rumbo-Prieto

PhD N, MsN, BSN, RN. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
Cátedra Hartmann de Integridad y Cuidado de la Piel. Universidad Católica de Valencia.
Cátedra de Estudios Avanzados en Heridas GNEAUPP-FSJJ

Contacto: jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 10/04/2022
Fecha de aceptación: 30/04/2022

Rumbo-Prieto JM. Niveles de evidencia de los diagnósticos NANDA-I relacionados con lesiones cutáneas. *Enferm Dermatol.* 2022;16(45): e01-e03. DOI: 10.5281/zenodo.6590606

EDITORIAL:

Han pasado 50 años desde que, en 1972 el epidemiólogo inglés Archie Cochrane publicara el libro *“Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios”* ^(1,2), que supuso una crítica hacia los que tomaban decisiones clínicas sin tener en cuenta los resultados de la investigación científica, o lo que es lo mismo, “la evidencia basada en pruebas”.

Sin embargo, la consolidación de la evidencia científica como parte relevante de la toma de decisiones en el campo de las ciencias biomédicas vino propiciada por un nuevo paradigma impulsado por un grupo de epidemiólogos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de MacMaster (Canadá), durante la década de los ochenta, que lo denominaron “Medicina Basada en la Evidencia” MBE, término acuñado en 1992 por Gordon Guyatt y su grupo de colaboradores autodenominados Evidence Based Medicine Working Group ⁽³⁾.

En 1996, David Sackett define la MBE como “*el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la toma de decisiones sobre la atención a los pacientes considerados en su individualidad*” ⁽⁴⁾, dejando sentadas las bases para la práctica, enseñanza y divulgación de lo que hoy se conoce como práctica basada en la evidencia (PBE).

Un año después, en 1997 en Londres, se celebró la I Conferencia de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), creándose en la Universidad de York (Reino Unido) el primer centro de EBE; pero será en el año 2000, cuando se definió por primera vez EBE como: “*el uso consciente, explícito y juicioso (crítico) de información derivada de la teoría y basada en la investigación para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales*” ⁽⁵⁾.

No obstante, en el año 2002 en Granada (España), tiene lugar la primera reunión sobre EBE adoptándose cambiar la definición por una más propia y descriptiva del enfoque de enfermería: “*La EBE es uso consciente y explícito, desde el mundo del pensamiento de las enfermeras, de las ventajas que ofrece el modelo positivista de síntesis de la literatura científica de la medicina basada en la evidencia, integrado en una perspectiva crítica, reflexiva y fenomenológica tal que haga visible perspectivas de la salud invisibilizadas por el pensamiento hegemónico*” ⁽⁶⁾.

Actualmente, la EBE se define como: “*La aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones*” ⁽⁶⁾.

A raíz de todo este proceso de MBE, EBE y PBE, hoy se sabe que la “Evidencia” que proviene de la certeza que proporcionan las pruebas científicas obtenidas a través de la investigación más actual es una evidencia dinámica y flexible, que intenta paliar la variabilidad en la práctica profesional. Pero lo que hoy es evidente (según la investigación actual) puede mañana ser rechazado por falta de evidencia (provisionalidad de las conclusiones) o porque nuevos estudios revelen resultados contrarios.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la evidencia es un fenómeno que se puede jerarquizar por su robustez, esto significa que, sin tener en cuenta el tipo de evidencia (alta, moderada o baja), esta puede ser más débil o fuerte según la viabilidad de la intervención en el contexto que se aplica (confirmar un hecho o reconocer que pueden aparecer nuevos hechos que contradigan lo que hoy es válido).

En el caso de la estandarización del lenguaje enfermero, es la NANDA-I la única asociación que se preocupa, desde hace 20 años, de indicar el nivel de evidencia de los diagnósticos

de enfermería. Ahora bien, no se trata de la evidencia clínica a la que estamos acostumbrados, se basa en validar tales diagnósticos según una jerarquía de grados de "evidencia de su validez" (Teoría de la Validez).

La teoría de la validez surgió en EE.UU. hacia 1950 en el campo de la psicología y la educación, como un criterio objetivo orientado a la selección de candidatos para cargos públicos o de gestión, en base a su rendimiento y habilidad cognitiva (7).

Con el paso del tiempo, dicha teoría evolucionó en criterios y definición, por ello, trasladando los conceptos de la Teoría de la Validez a los diagnósticos enfermeros, según NANDA-I (8), se asume que la validez de un diagnóstico es el grado de evidencia (externa e interna) que determina su adecuado uso clínico (según sus características definitorias). Por tanto, la evidencia de un diagnóstico se puede categorizar en niveles o grados, va a depender de la evidencia científica del momento (investigación empírica) y de la evidencia interna (desarrollo teórico); así como, del uso clínico de se le dé (capacidad de medir un hecho o respuesta humana observada que se pretende confirmar).

Como ya se dijo antes, la NANDA-I viene trabajando desde el año 2002 en clasificar los niveles de evidencia (teoría de la validez) de los diagnósticos aprobados (solo aquellos establecidos desde ese año, no así los anteriores), tomando como base su etiqueta diagnóstica (características definitorias, factores relacionados, factores de riesgo, problemas asociados y población). De este modo pretende reflejar el estado de la práctica basada en la evidencia (PBE) en asociación con la taxonomía del lenguaje enfermero estandarizado.

La estructura jerárquica de niveles de evidencia que sigue la NANDA-I se organiza en tres niveles principales (nivel 1, nivel 2 y nivel 3) que representa el estado de desarrollo teórico-clínico y la fortaleza de la evidencia disponible; y a su vez, cada nivel se compone de varios subniveles que representan el método de estudio (Tabla I) (9). Según este esquema, un diagnóstico con nivel 3 sería el idóneo ya que, tendría mejor evidencia al tener un soporte clínico (estudios empíricos) que lo avale.

Niveles de evidencia. Taxonomía NANDA-I	
Nivel 1	1.1 Solamente etiqueta
	1.2 Etiqueta y definición
	1.3 Nivel teórico
Nivel 2	2.1 Etiqueta, definición, características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo y referencias bibliográficas
	2.2 Análisis conceptual
	2.3 Estudios de consenso relacionados con el uso del diagnóstico por expertos
Nivel 3	3.1 Síntesis de la literatura
	3.2 Estudios clínicos relacionados con el diagnóstico pero no generalizables a la población
	3.3 Estudios clínicos bien diseñados con muestras de pequeño tamaño
	3.4 Estudios clínicos bien diseñados con muestras aleatorias de suficiente tamaño para la generalización a la población general

Tabla I: Niveles de evidencia de los diagnósticos NANDA-I (Fuente: <http://www.eldiagnosticoenfermero.es/>).

En relación a los diagnósticos relacionados con lesiones cutáneas, úlceras y heridas, los niveles de evidencia disponibles según la última versión en español de la NANDA-I (2021-2023, 12ª ed.) (10), son los que se describen en la Tabla II.

Código - Diagnóstico NANDA-I	Nivel de evidencia
00046-Deterioro de la integridad cutánea	3.2
00047-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	3.2
00044-Deterioro de la integridad tisular	3.2
00248-Riesgo de deterioro de la integridad tisular	3.2
00048-Riesgo de lesión postural perioperatoria	2.1
00266-Riesgo de infección de la herida quirúrgica	2.1
00042-Riesgo de respuesta alérgica al látex	2.1
00320-Lesión del complejo pezón-areolar	2.1
00321-Riesgo de lesión del complejo pezón-areolar	2.1
00220-Riesgo de lesión térmica	2.1
00213-Lesión de traumatismo vascular	2.1
00312-Lesión por presión en el adulto	3.4
00304-Riesgo de lesión por presión en el adulto	3.4
00313-Lesión por presión en el niño	3.4
00286-Riesgo de lesión por presión en el niño	3.4
00287-Lesión por presión neonatal	3.4
00288-Riesgo de lesión por presión neonatal	3.4

Tabla II: Niveles evidencia de algunos diagnósticos de enfermeros relacionados con lesiones cutáneas. (Fuente: NANDA-I 2021-2022) (10).

Finalmente, comentar que el Comité de Desarrollo Diagnóstico de NANDA-I, ya está trabajando desde el 2021 en una nueva clasificación que rebaja los niveles de evidencia a 2 tipos, pero incluye indicadores clínicos y criterios de mayor calidad ampliando los subniveles (Tabla III). Se espera que la nueva escala de evidencia será implementada en próximas ediciones.

Nivel de desarrollo diagnóstico	Criterios de clasificación
Generación de conceptos	Nivel 1. Propuesta recibida por el CDD para desarrollo 1.1. Solamente etiqueta 1.2. Etiqueta y definición 1.3. Componentes diagnósticos y relaciones con resultados esperados e intervenciones
Apoyo teórico	Nivel 2. Inclusión en la terminología y prueba clínica 2.1. Validez conceptual 2.1.1. Validez conceptual de los elementos 2.1.2. Validez teórica - causal 2.1.3. Validez terminológica 2.2. Validez del contenido diagnóstico 2.2.1. Validez inicial del contenido diagnóstico 2.2.2. Validez potencial del contenido diagnóstico 2.2.3. Validez avanzada del contenido diagnóstico 2.2.4. Validez consolidada del contenido diagnóstico
Apoyo clínico	2.3. Validez clínica Bloque 1 <i>Identificación de poblaciones en las que puede ser aplicable un diagnóstico</i> 2.3.1. Validez cualitativa 2.3.2. Validez demográfica Bloque 2 <i>Utilidad de las características definitorias para propósitos clínicos</i> 2.3.3. Validez del constructo clínico 2.3.4. Validez selectiva 2.3.5. Validez discriminatoria 2.3.6. Validez pronóstica 2.3.7. Validez generalizable de las características definitorias Bloque 3 <i>Identificación de los factores relacionados/de riesgo, poblaciones de riesgo y problemas asociados</i> 2.3.8. Validez causal específica del diagnóstico 2.3.9. Validez causal de exposición a la variable 2.3.10. Validez generalizada de los factores relacionados/de riesgo

Tabla III: Nuevos niveles de evidencia para Diagnósticos NANDA-I (Fuente: NANDA-I, 2021-2021; 12ª Ed.) (10).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services. London: A Rock Carling Fellowship. Nuffield Trust; 1972.
2. Cochrane AL. efectividad y eficiencia: reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2000.
3. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992; 268(17): 2420-5.
4. Sackett DL, Rosenberg W, Gary J, Haynes RB, Richards WS. Evidence Based Medicine: what is it and what it isn't. BMJ. 1996; (312): 71-2.
5. Ingersoll GL. Evidence-Based Nursing: What it is and what it isn't. Nurs Outlook. 2000; 48(4): 151-2
6. Alcolea Cosín MT, Oter Quintana C, Martín García A. Enfermería Basada en la Evidencia. orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. NURE Investig. 2011; (52): 1-7.
7. Gregory RJ. The history of psychological testing. In: Psychological testing: history, principles and applications. 6th ed.). London: Pearson education; 2010.
8. De Oliveira Lopes MV, Martins da Silva V, Lopes Monteiro da Cruz DA. Criterios de nivel de evidencia revisados para el envío de diagnósticos. En: Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo C, editoras. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. (12ª edición). Barcelona: Elsevier España; 2021. p. 57-78.
9. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020. Eleventh Edition. [epub]. New York: Thieme; 2018.
10. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo C, editoras. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. (12ª edición). Barcelona: Elsevier España; 2021.