



EDITORIAL

Teoría y práctica: Reflexiones sobre los diagnósticos enfermeros y su aplicabilidad en los entornos clínicos



Theory and practice: reflections upon the nursing diagnosis and its applicability on the clinical settings

Ana María Porcel-Gálvez

Profesora de Historia, Teoría y Métodos de Enfermería. Departamento de Enfermería. Grupo de investigación Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud (PAIDI CTS 1050), Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, España

Recibido el 7 de diciembre de 2020; aceptado el 10 de diciembre de 2020

La década de los cincuenta del siglo veinte, supuso una revolución para la profesionalización de la disciplina Enfermería. Desde entonces hasta ahora, se ha nutrido el cuerpo de conocimientos, abordando la relación entre cuidado, persona, salud y entorno, pilares del metaparadigma enfermero, clarificando el campo disciplinar.¹ Se ha desarrollado una metodología sistemática y estructurada para la toma de decisiones en el ámbito profesional^{2,3} y se han normalizado, nombrado y catalogado los conceptos que atañen a la práctica enfermera.^{4–6}

Hoy en día, no debería ser necesario justificar que Enfermería es una disciplina científica,⁷ y que, como cualquier ciencia, desarrolla unos conocimientos únicos, diferenciales, bajo una esencia, o centro de interés propio, en este caso, los cuidados, y, por tanto, sujeta a un ejercicio de reflexión en torno a los conceptos que la sustentan.⁸ Y, además, como disciplina profesional, requiere de una constante interrelación entre teoría y práctica.

La teoría no es el final, sino el punto de partida, siendo necesario adaptar los marcos teóricos a la práctica real, vinculando los procesos de verificación teórica mediante

métodos e indicadores empíricos indirectos.^{9,10} En esta línea, no es posible otra alternativa en la jerarquía propuesta por Fawcett, ejemplo de ellos son las teorías de rango medio, como la teoría del confort o la teoría de la depresión postparto.¹¹

Sin embargo, la evolución teórica hasta la traslación a la práctica diaria está resultando un camino complejo, no exento de dificultades ni errores. En numerosas ocasiones, se afirma que se *aplica* un modelo de cuidados tan sólo por usar un formato de valoración organizado en apartados, cuyos nombres coinciden con postulados teóricos; o se confunde el pensamiento crítico, con el uso de una aplicación informática de interrelaciones de lenguaje estandarizado, y/o su chequeo en la histórica clínica, con el razonamiento taxonómico.

Precisamente, en este ejercicio de fundamentación científica, el lenguaje enfermero ha sido una de las incorporaciones más recientes en el avance disciplinar. El desarrollo del lenguaje enfermero, unificado y consensuado, mejora la comunicación inter e intraprofesional y permite desarrollar con solidez los fundamentos que enmarcan la profesión, otorgando un sustrato conceptual sólido, universal y con capacidad de describir un gran número de fenómenos y situaciones de cuidado.¹²

Correo electrónico: aporcel@us.es

Más concretamente, el diagnóstico enfermero, como foco clínico, es quizás una de las nociones que identifican con más fuerza a la ciencia enfermera.¹³ Pero también, el que ha necesitado mayor teorización y, a día de hoy, mayor justificación para la incorporación disciplinar. A pesar de que documentalmente fue acuñado por primera vez por McManus,¹⁴ al discutir las funciones profesionales, no fue conceptualizado como tal, hasta principios de los setenta por las profesoras Gebbie y Lavin (Sant Louis University), siendo la última etapa incorporada al método o proceso enfermero.¹² Pues bien, casi medio siglo después, seguimos sopesando su significado.

El diagnóstico está considerado patrimonio común de todas las áreas de la ciencia. Diagnosticar, significa interpretar los datos según el campo en el que se es experto, para proporcionar un servicio. En este sentido, una de las terminologías enfermeras diagnósticas con más repercusión, reconocidas por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) es la taxonomía NANDA-I,¹⁵ que forma además parte del conjunto mínimo básicos de datos (CMBD) del Sistema Nacional de Salud.¹⁶

Según NANDA-I, el diagnóstico enfermero se define como el "juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o susceptibilidad para esa repuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad" y proporcionan la base para la selección de las intervenciones con el fin de conseguir los resultados sobre los cuales se tiene responsabilidad.⁴ Así, una persona con una afección de salud, como un *Accidente Cerebro Vascular (ACV)*, podría desarrollar como respuestas humanas *Riesgo de caídas y/o Interrupción de los procesos familiares* y, sin embargo, otra podría desarrollar *Riesgo de sangrado y/o Trastorno de la identidad personal*, ya que las respuestas humanas son individuales, siendo preciso una correcta diferenciación de la respuesta de cada persona, para garantizar unos cuidados seguros y adecuados a sus necesidades.

Sin embargo, las respuestas humanas a veces son difíciles de discernir. Pueden existir diagnósticos afines y ciertos diagnósticos implican grados, niveles o estadios, por tanto, llegar a una conclusión diagnóstica no es un proceso fácil. Íntimamente ligado a este aspecto, emerge como parte esencial del cuidado, la vigilancia. La vigilancia conlleva un proceso conductual que se inserta a lo largo de todo el proceso enfermero.¹⁷ La vigilancia supone pues, un ejercicio cognitivo (juicio clínico) y de toma de decisiones, en función del cálculo de riesgos inherentes a las situaciones de cuidado que se originan. En suma, el diagnóstico enfermero expresa necesidades de cuidados, necesidades de aquellos a los que cuidamos o, lo que es lo mismo, la expresión de la situación de un paciente que, a nuestro juicio, necesitan intervenciones enfermeras.¹⁸

No obstante, el modelo biomédico reinante, que impregna la propia profesión enfermera, unida a una todavía falta de competencia profesional (probablemente consecuencia de un menor recorrido y visibilidad del modelo enfermero), provoca una visión estereotipada en la gestión clínica, y, con frecuencia, la estandarización de los cuidados en función de patologías, entendida ésta como la identificación per se de algunas propuestas diagnósticas, y/o la utilización de un checklist de verificación automatizado, no reflexivo, en relación a las respuestas humanas en la historia clínica digital.¹⁹

Mateos,²⁰ pone de manifiesto al estudiar una muestra de historias clínicas, que los diagnósticos en una amplia representación, no se argumentan con datos de la valoración (52% de los registros), siendo las necesidades psico-emocionales escasamente valoradas (<90%). Parece también difícil de justificar que, a juicio de las enfermeras en entornos de hospitalización aguda, los cuidados que con más prevalencia planifican las enfermeras, según esta investigación, no tienen que ver con cuidados de vigilancia o control del tratamiento entre otros, sino con los diagnósticos *Conocimientos deficientes* y *Ansiedad*, que, además curiosamente, se relacionan con las necesidades de la valoración menor cumplimentadas. Llegado a este punto, parece imprescindible definir cuáles son las creencias de las enfermeras sobre el diagnóstico, para conocer cómo puede influir su uso en la práctica. Una adecuada comprensión de la actitud de los distintos perfiles profesionales ante el uso de los diagnósticos ayudaría a los gestores que quieran adoptar esta metodología enfermero como marco de práctica,^{21,22} ya que los cambios significativos se producen siempre desde liderazgo, otra cosa es la existencia de éste. Esto también es aplicable en los estudios de Enfermería y nos tiene que llevar a evaluar quienes y qué formación se está realizando en el grado y qué investigaciones se desarrollan en el postgrado.

A todo esto se une que, en la disciplina enfermera, al contrario de la disciplina médica, es frecuente el uso de modelos de práctica clínica (ej. modelo bifocal) para dar nombre a los problemas de los pacientes. Bajo esta asunción, poner nombre al problema que presenta la persona, no depende sólo de su respuesta humana, sino de la competencia de la enfermera sobre esa respuesta, un giro en el razonamiento diagnóstico que quizás intentaba superar trabas impuestas por otras ciencias. Bajo este enfoque, una enfermera podría nombrar el problema de una persona como *Deterioro de la Integridad cutánea* y otra como *CP: Úlcera por Presión*, con las consecuentes repercusiones en la generación de informes clínicos, inclusión en el CMBD y comprensión por parte del usuario. Esto también sería aplicable, aunque en otro sentido, al lenguaje interfase.

Máxime, cuando las miradas deben de ser multidisciplinares y centradas en la persona, deberíamos reflexionar sobre el concepto disciplinar de competencia asociada a la definición diagnóstica. A día de hoy, la enfermera tiene competencia de forma independiente para diagnosticar, planificar, administrar, evaluar y garantizar la calidad de los cuidados.²³ Para las personas sus problemas y necesidades de cuidados son únicas, démosle el nombre que corresponda y pongamos la mirada en las personas. La taxonomía diagnóstica debe de evolucionar, y quizás, ha llegado el momento de reflexionar y adoptar un nuevo posicionamiento en la definición y aplicación diagnóstica.

Bibliografía

1. Kérrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A. *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson; 2005.
2. Alfaro-Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. 5ª ed, 2ª reimp Barcelona: Elsevier; 2007.
3. Kozier B, Erb G, Olivieri R. *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*, Vol. 1 y II 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill /Interamericana; 1998.

4. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. *NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación*. 2018-2020. 11ª ed. Madrid: Elsevier; 2018.
5. Butcher Howard K, Bulechek Gloria M, Dochterman Joanne M, Wagner Cheryl. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7ª edición Madrid: Elsevier; 2018.
6. Moorhead Sue, Swanson Elizabeth, Johnson Marion, Maas Meridean L. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 6 edition Madrid: Elsevier; 2018.
7. García Martín-Caro C, Martínez Marín ML. *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. España: Elsevier; 2017.
8. Rodríguez Leticia San Martín. Una reflexión en torno a las "ciencias de la enfermería". *Enferm Clin*. 2008;18:262–8.
9. Alligood Raile. Introducción a la teoría de la enfermería: historia, importancia y análisis. En: Tomey Marriner, Alligood Raile, editores. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2007. p. 3–15.
10. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary Nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2000.
11. Raile Alligood M. *Modelos y teorías en enfermería*. 9ª edición. España: Elsevier; 2018.
12. Echevarria P. *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. Madrid: Elsevier; 2017.
13. Gordon M, Sweeney MA. Problemas y cuestiones metodológicas en la identificación y estandarización del diagnóstico de enfermería. *Adv Nurs Sci*. 1979;2:1–15.
14. Louse R, McManus. Las enfermeras aspiran a alcanzar rango profesional. *The Modern Hospital*. 1958;91, obre.
15. Tastan S, Linch GC, Stifter J, McKinney D, Fahey L, - Lopez KD, Yao Y, Eilkie DJ. Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Interntional Journal of Nursing Stuidies*. 2014;51:1160–70.
16. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 225 de 16 de septiembre de 2010.
17. Meyer GA, Lavin MA, Perry AG. Is It Time for a New Category of Nursing Diagnosis? *Int J Nurs Term Class*. 2007;18:45–50.
18. Braga Cristiane Giffoni. Cruz Diná de Almeida Lopes Monteiro da. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. 2003;11:240–324. Mar [consultado el 02 de diciembre de 2020].
19. Dotor Gracia M, Fernández García E, Álvarez Benito M. de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. 2ª ed. - [Sevilla]: Consejería de Salud, 2009.
20. Mateos García MD. *Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital*. (Tesis Doctoral Inédita). Sevilla: Universidad de Sevilla; 2017.
21. D'Agostino F, Pancani L, Romero-Sánchez JM, Lumillo-Gutierrez I, Paloma-Castro O, Vellone E, Alvaro R. Nurses' beliefs about nursing diagnosis: A study with cluster analysis. *J Adv Nurs*. 2018 Jun;74:1359–70, doi: 10.1111/jan.13545. Epub 2018 Mar 8. PMID: 29444350.
22. Lumillo-Gutierrez I, Romero-Sánchez JM, D'Agostino F, Paramio-Cuevas JC, Fabrellas N, Moreno-Corral LJ, Paloma-Castro O. Nurses' characteristics and practice environments: Comparison between clusters with different attitude and utilisation profiles regarding nursing diagnosis. *J Nurs Manag*. 2019 Jan;27:93–102, doi: 10.1111/jonm.12652. Epub 2018 Sep 10. PMID: 30198625.
23. Directiva 2013/55 /UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, que modifica la Directiva 2005/36 /CE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) no 1024/2012 sobre cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior.