

Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería

Nursing diagnosis: past, present, future

Passado, presente e futuro da enfermagem diagnostics

Marjory Gordon (R.N., PH.D., F.A.A.N.)

(*)Gordon, M. (2000). *Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería*. *Cultura de los Cuidados*. (Edición Digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.16>>

(*)Este artículo se integra en este número con motivo de homenajear a Marjory Gordon (véase obituario) fue publicado en inglés y español en la revista *Cultura de los Cuidados* en el año 2000 (1º y 2º Semestres/ IV (7 y 8): 128-138.



ABSTRACT

In this paper I would like to discuss the Past, Present, and Future of the nursing diagnosis, as a category and as a process. There were a series of events that set the stage for the development of nursing diagnoses and a focus on nurses clinical reasoning skills.

Keywords: Nursing diagnosis.

RESUMEN

Con este trabajo la autora pretende crear una línea de discusión acerca del Pasado, Presente y Futuro de los Diagnósticos de Enfermería contextualizando el término desde dos perspectivas distintas: como una “categoría” y, por otro lado, como un “proceso”. En el desarrollo del artículo se muestran los hechos que han ido sentando las bases para el desarrollo de los Diagnósticos de Enfermería dentro de la práctica clínica.

Palabras clave: Diagnósticos de enfermería.

RESUMO

Com este trabalho o autor tenta criar uma linha de discussão sobre o Passado, Presente e Futuro do Diagnóstico de Enfermagem contextualizar o prazo de duas perspectivas diferentes: como uma “categoría” e no outro lado, como um “proceso”. No desenvolvimento do artigo, os fatos que foram lançando as bases para o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem na prática clínica é.

Palavras-chave: Diagnósticos de enfermagem.

El término diagnóstico de Enfermería hace referencia no sólo a una categoría sino también a un proceso. Cuando hablamos de diagnóstico de Enfermería como una categoría, lo hacemos para referirnos a un juicio diagnóstico. En los últimos 26 años, se han identificado aproximadamente 158 categorías diagnósticas gracias a la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), además de muchas otras ya existentes en la Clasificación Internacional para la práctica de la Enfermería. Cada una de estas categorías diagnósticas debe ser sometida a una revisión que examine con detenimiento su sensibilidad cultural.

Sin embargo, cuando nos referimos al término diagnóstico de Enfermería en relación

a un proceso, lo hacemos con la intención de mostrar el proceso de razonamiento y juicio clínico que nos llevará a la creación del diagnóstico en sí. En este trabajo me gustaría hablar acerca del Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de Enfermería, como una categoría y como un proceso.

De hecho, se han dado a lo largo de la historia una serie de acontecimientos que fueron cruciales para el desarrollo de estos diagnósticos y de las habilidades para el razonamiento clínico de las enfermeras/os.

TRANSICIONES DEL PASADO AL PRESENTE:

Me gustaría sugerir que la práctica enfermera ha experimentado cambios drásticos en todo el mundo a partir de la segunda mitad del siglo XX. Los historiadores han interpretado estos cambios como signos de una revolución cultural o profesional, mientras que para otros ha significado un cambio paradigmático. El aspecto central explicativo de todos estos cambios es el hecho de que las enfermeras reconocen que ellas mismas hacen juicios clínicos paralelamente a aquellos que están asociados directamente con la enfermedad o patología, es decir, los juicios médicos. Los profesionales de Enfermería llevan a cabo actividades en relación a esos juicios propios y en el proceso de desarrollo del diagnóstico de Enfermería aumenta la calidad de la salud de la comunidad o grupo sobre el que se actúa.

Las enfermeras/os día a día desarrollan un lenguaje específico para comunicar estos juicios que determinan sus diagnósticos, sus intervenciones y resultados. Este cambio ha enfatizado la importancia de la atención enfermera y ha hecho hincapié en el tipo de información que la enfermera/o recoge para su diagnóstico, plan de cuidados y evaluación. El

interés puesto en la atención integral de Enfermería y particularmente en los patrones funcionales de salud nos lleva a determinar que los diagnósticos realizados por las enfermeras/os nos parecerán lo suficientemente válidos siempre que la atención prestada al paciente produzca una información, a su vez, válida y de confianza. A continuación consideraremos algunos de los momentos de transición que han originado nuevas formas de práctica enfermera en todo el mundo.

Desde hace 25 años las enfermeras vienen dándose cuenta de la importancia de los juicios clínicos que ellas mismas producen para identificar y clasificar las características de aquello con lo que tratan, es decir, existe la necesidad de dar un nombre a las actividades que mejor responden a la intervención que lleva a cabo Enfermería. Este reconocimiento por parte del colectivo enfermero ha sido el que ha cambiado totalmente la práctica de la Enfermería en muchos países. De hecho, se ha dado un momento de transición en relación con la forma de hablar y expresarse dentro del desarrollo de nuestra práctica y de nuestra forma de pensar como enfermeras/os.

Por ejemplo, actualmente en vez de precipitarnos en el momento de hacer conjeturas sobre el aspecto emocional del paciente, somos más precisos a la hora de crear un diagnóstico diferencial entre miedo y ansiedad. En vez de decir que un paciente necesita que se le enseñe sobre... o eme debe aprender esto o aquello..., ahora diagnosticamos un déficit de conocimientos o un problema motivacional; incluso podríamos hablar de un conflicto cultural en relación al tratamiento prescrito. Así, algunos pacientes precisan de cierta educación de la salud en determinados temas y otros no; y esto podría estar relacionado con otro problema latente tal como el de la abnegación o falta de

motivación. Cuando la enfermera juzga que el paciente tiene una ventilación inefectiva, muchas posibilidades le vienen a la mente, tales como: ¿por qué el paciente tiene ese problema?, ¿podría deberse a secreciones espesas por falta de fluidos?, ¿podría deberse a una tos no productiva?, ¿puede que precise la aspiración de secreciones? Por su puesto, todas estas y otras más vienen a la mente de la enfermera.

Puede que algunos de los lectores no crean lo que contaré a continuación, pero en el área de juicio clínico, las enfermeras solían aprender a decir: parece que... está sangrando. Afortunadamente hoy por hoy los juicios diagnósticos, terapéuticos y éticos se incluyen dentro del rol profesional de la enfermera. Otro ejemplo como el anterior sería: parece que... ha fallecido. ¡Realmente ha sido un gran paso el que ha dado la Enfermería! El Consejo Internacional de Enfermeras en Ginebra (ICN) ha apoyado durante años la iniciativa de un equipo que ha servido de impulsor en la creación de una clasificación útil en la práctica enfermera. Los miembros y participantes en este equipo provienen de Dinamarca, Inglaterra y EEUU. El proyecto se ha llamado: El Próximo Avance de la Enfermería. Este equipo actualmente trabaja en la creación de una clasificación internacional que tenga la función de describir y clasificar los diagnósticos, actividades y resultados de la práctica enfermera. Después de la creación del primer informe en 1993, se publicó una versión del sistema de clasificación, denominada versión alfa, así como otro boletín denominado versión beta, que se encuentra en la web de la ICN (<http://www.nethotel.dk/dihnr/Telenurse/ICNP/beta>).

La Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera no estuvo basada en ningún modelo conceptual, probablemente debido al pluralismo teórico (término empleado

por Dickoff & James (1968) y que se difundió en la década de los años 70, para describir la coexistencia de muchas teorías sobre Enfermería tales como la del autocuidado, adaptación, patrones vitales, y otras...) existente en la mayoría de los países donde se practica una Enfermería profesional. Los diagnósticos dentro de la clasificación de la ICN se ordenan en relación a los fenómenos causantes. Los resultados se definen como el estado en que se encuentra el diagnóstico de Enfermería en los momentos en los que la intervención enfermera ya se ha llevado a cabo (Consejo internacional de enfermeras, 1999: 4-5). El propósito de la ICN es captar más la atención de la Enfermería en relación a la salud, facilitar las comparaciones entre distintos países y sus formas de Enfermería, así como promover el desarrollo de la Ciencia enfermera (Wake y Coenen, 1998: 112).

Ahora consideraremos los juicios diagnósticos, comenzando por preguntarnos: ¿diagnostican las enfermeras? Es una buena cuestión en nuestra historia, ya que los juicios diagnósticos constituyen una parte importante y duradera, aunque agitada de ésta. Aunque Florence Nightingale diagnosticó y trató déficits nutricionales, además de otros problemas ocasionados por la Guerra de Crimea, este aspecto, dentro de sus múltiples contribuciones, no fue reconocido como parte del concepto de Enfermería profesional. Es bastante reciente cuando se ha incluido el juicio clínico dentro del currículum y prácticas de la formación y educación enfermera. Como hemos visto hasta aquí, existieron una serie de momentos que aumentaron el interés del tema de los diagnósticos de Enfermería. Así, el proceso de Enfermería, donde se incluyen la identificación del problema de salud del paciente y el modelo de cuidados más adecuado para ese proble-

ma, experimentó una nueva fase dentro de la profesión. Ya en los años 50 y 60 toda la atención estaba basada en la enfermedad como tal. Durante los 20 años siguientes se publicaron algunas teorías de Enfermería, las cuales la dotaron de un modelo conceptual que diera base al proceso de Enfermería. Por lo tanto, los modelos teóricos útiles para la práctica pasaron de estar totalmente centrados en la enfermedad como entidad a basarse en los objetivos de Enfermería, donde también se incluía la enfermedad. Además para este período, las enfermeras habían ganado mucho terreno en su área de desarrollo gracias a la autonomía profesional promulgada durante la 2a Guerra Mundial y la Postguerra.

En este contexto socioprofesional, dos facultades de la Universidad de San Luis organizaron la I Conferencia Nacional sobre la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en 1973. Los organizadores fueron: Mary Ann Lavin, especialista en enfermería cardiológica y Kristine Gebbie, especialista en enfermería de salud mental y psiquiátrica. Los objetivos que estas dos enfermeras perseguían con esta conferencia eran: el abordaje informatizado de las historias clínicas en el Hospital universitario y la utilidad de las enfermeras dentro de los cuidados ambulatorios. Otro propósito de la Conferencia fue el identificar y clasificar situaciones que hubiesen sido diagnosticadas y tratadas por enfermeras/os. Tuve el privilegio de presidir un Equipo que comenzó a funcionar en esta conferencia nacional. Callista Roy también formaba parte de este equipo que continuó hasta 1982 cuando la organización formal de la NANDA se incorporó a él. Normalmente las conferencias se repiten cada dos años y de hecho la número 13 se hizo en Abril del 2000, donde participaron muchas enfermeras/os españolas. La NANDA se diferencia

de otros equipos que trabajan en la clasificación de diagnósticos, ya que no sólo observan a las categorías diagnósticas como un conjunto de características y condiciones, sino también como un concepto en su pleno desarrollo. A su vez, dentro de la NANDA existen grupos especializados en el proceso de aceptación, revisión y supresión, que pretenden enrolar al mayor número de enfermeras/os, dentro de los cuales podemos incluir al Comité internacional de revisiones y en los cuales participa España. Ésta es una forma de atender a la sensibilidad cultural de los diagnósticos. Además, este año tuvimos una propuesta de un nuevo diagnóstico proveniente de España. Es el primer país fuera de Norte América que ha propuesto un diagnóstico para la NANDA. Actualmente un miembro del Comité de Revisión de Diagnósticos de la NANDA trabaja con la persona creadora de este nuevo diagnóstico.

¿Cuál es la situación actual de los diagnósticos de Enfermería en Norte América? Los diagnósticos de Enfermería se han integrado de forma extensa dentro de la sociedad desde mediados de 1980. Así, actualmente este tema ocupa una asignatura en la cual se está haciendo investigación y que aparece en todos los libros de textos clínicos y se enseña en todas las escuelas de Enfermería. Los diagnósticos se encuentran integrados en las prácticas clínicas en el 75% de los hospitales (estas afirmaciones están basadas en investigaciones realizadas sobre observaciones personales). Hoy por hoy se han convertido en una parte aceptada y asumida de las prácticas clínicas. Sospecho que su uso será inferior en el caso de que no se les preste una seria atención en cuanto a su incorporación en los lugares de trabajo. El desarrollo de los diagnósticos significaría: una buena gestión de los cuidados, la disminución de los días de estancia en el centro, se verían

los resultados de la enfermedad en el paciente crítico, etcétera. Personalmente dudo mucho que vayamos hacia atrás. Los diagnósticos de Enfermería tienen en cuenta la diversidad, es decir las diferencias entre pacientes que llegan a situaciones graves o críticas y los que no. Normalmente cuando los pacientes no logran unos resultados determinados es porque no se han empleado, ni identificado unos diagnósticos de enfermería o unos factores de riesgo. La Historia clínica informatizada del paciente supone un factor facilitador que influencia la incorporación de los diagnósticos de Enfermería dentro de la práctica clínica. Obviamente la documentación informatizada requiere de términos concisos y no de párrafos. Los diagnósticos de Enfermería empezarán a requerirse cuando las agencias de los cuidados en salud comiencen a emplear sistemas informáticos.

REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO

A continuación consideraremos el futuro de los diagnósticos de Enfermería. Existe un número de factores que influenciarán los trabajos futuros que realicen la NANDA, así como otros grupos que se dediquen a la misma tarea, dentro de las naciones o regiones. Considero los siguientes 6 factores como los más importantes desde mi punto de vista:

1) Cambios en el sistema de cuidados en salud. Por ejemplo, existen diferencias o cambios en los cuidados prestados en el Hospital, en el ambulatorio y en la comunidad. Estos cambios incluyen la cirugía diaria llevada a cabo y las prontas altas a los pacientes. Sería importante estudiar los diagnósticos acontecidos en la comunidad. Por ejemplo, todavía no hemos desarrollado los diagnósticos básicos de la educación para la salud, donde se debería tener en cuenta: los conocimientos previos del paciente, la comprensión y la información so-

bre la salud que vamos a dar. De forma similar, no hemos encontrado todavía formas de modificar las conductas de la gente que lleven a cambios dentro de las prácticas sanitarias. ¿Se da esta situación porque realmente no hemos dado un verdadero alcance o comprensión a los problemas o factores facilitadores de los que hablábamos?

2) Cambios demográficos en nuestras poblaciones de pacientes. En muchos países existe una población de avanzada edad. ¿Deberíamos enfocar todos nuestros esfuerzos en buscar la aplicabilidad de los diagnósticos a esta población en concreto?, ¿cuáles son las condiciones de riesgo?, ¿se han identificado? Uno de los diagnósticos en el cual he estado trabajando es el de déficit en el sistema de soporte, desde el punto de vista afectivo e instrumental. ¿Podría ser ésta una de las razones para que exista una depresión en las personas de avanzada edad? Los cuidados a domicilio representan una de las áreas donde más énfasis se ha hecho, debido a los cambios en la forma de llevar a cabo los cuidados y a la edad de la población. ¿Cuáles son los problemas más característicos de este tipo de población? Se han identificado unos cuantos y de hecho, en un estudio en el cual participaron 100 enfermeras que trabajaban en la comunidad se vio que los tres diagnósticos más frecuentes que aparecían eran: déficits en el autocuidado, déficits en los conocimientos e intolerancia a la actividad. ¿Se ha desarrollado alguna línea de trabajo en este tipo de problemas?

3) El desarrollo de la Ciencia enfermera centrando nuestro objetivo en la creación de conceptos y teorías propias. Como dijo Avant, las teorías son sólo explicaciones en nuestra mente de cómo las cosas son y funcionan. Laudan (1977) también nos da una visión del progreso científico muy interesante. Así, afir-

ma que el mérito no es de que las teorías estén bien formuladas per se, sino de la medida de los conocimientos nuevos y del progreso en sí. Todo ello nos es útil para comprobar si estos productos de la actividad científica, contribuyen a resolver problemas relacionados con la práctica clínica. Una vez visto el objetivo que la Enfermería tiene en la sociedad y las obligaciones que se crean a partir de este objetivo, ¿podemos esperar menos de la Ciencia enfermera? Las expectativas se centran en que la Ciencia enfermera produzca nuevos conocimientos que ayuden a resolver problemas, es decir, los problemas que surgen durante el desarrollo de la práctica clínica. Esta Ciencia enfermera tiene sus pilares en los resultados de la intervención de Enfermería mediante los diagnósticos. Cada uno de estos diagnósticos debe ser observado como conceptos básicos y desarrollados como tales. El hecho de emplear conceptos específicos en los razonamientos y juicios clínicos de Enfermería difiere de la actitud que nos muestra la esencia del diagnóstico en cuanto a mareajes o clasificaciones que se extraen de listas de patologías que llevan diagnósticos asociados y que se encuentran en los libros. Si identificamos los problemas de alta prevalencia y que tienen una alta prioridad de tratamiento, ayudaremos en la identificación de los temas prioritarios a la hora de investigar y desarrollar la Ciencia enfermera. En un proyecto que se llevó a cabo con este fin y que se basó en la información aportada por 1300 enfermeras/os que trabajaban en cuidados intensivos de adultos y neonatos, en rehabilitación y en enfermería comunitaria, se identificaron los temas o áreas con mayor prevalencia.

4) Informatización de las historias clínicas. Lo único que dará forma a la práctica enfermera en la recta final de este siglo y por supuesto, en el siguiente será la informatización de las

historias clínicas. Es importante que sigamos trabajando en el desarrollo de los diagnósticos enfermeros para su incorporación en la próxima generación de ordenadores. También será importante el hecho de tener los diagnósticos desarrollados para su incorporación en la Clasificación Internacional WHO, a través del ICN (Clasificaciones Internacionales para la práctica de la Enfermería).

5) Enseñar juicios clínicos y categorías diagnósticas comunes. Las teorías apuntan a que el proceso diagnóstico general a su vez se divide en un proceso analítico (lógico) y un proceso no analítico (intuitivo). El razonamiento analítico utiliza los procesos inductivos y deductivos y se suele referir a un pensamiento lógico, crítico o racional. El entendimiento aparece a partir del análisis e interpretación de la información. El razonamiento no analítico incluye la intuición y otros procesos que conllevan una inmediata comprensión de la situación. El entendimiento aparece directamente, sin necesidad de análisis, sólo a través de la intuición. El hecho de que el razonamiento analítico o no analítico predomine en el razonamiento clínico está normalmente influenciado por 3 factores: la cantidad de experiencia del diagnosticador, los requerimientos situacionales y la tarea diagnóstica en sí. Los principiantes en la Enfermería suelen estar bastante limitados en los procesos más analíticos. Los expertos con una cierta profundidad de conocimientos en la práctica clínica pueden emplear una variedad de procesos cognitivos apropiados para cada situación y juicio clínico. Es obvio que la investigación es necesaria dentro el razonamiento y juicios clínicos de la Enfermería. Además, los esfuerzos deben dirigirse hacia la forma de educar a los nuevos enfermeros/as y en cómo estos estudiantes desarrollan sus habilidades a la hora de hacer juicios y razonamientos. Uni-

do a lo dicho, también se deben desarrollar métodos de examen de las competencias en esta área. En el desarrollo de la intuición clínica, también es importante la selección de las experiencias clínicas.

6) Investigación en colaboración con enfermeras que propongan nuevos diagnósticos relacionados con sus prácticas y experiencias clínicas. La investigación obviamente completará el cuerpo de la nueva Ciencia enfermera. En particular, algunos diagnósticos necesitan ser mucho más precisos, se deben identificar poblaciones de alto riesgo, además de intervenciones y resultados unidos a sus correspondientes categorías diagnósticas. Los estudios en diferentes poblaciones determinarán:

- 1) diferencias culturales en la manifestación de una condición determinada.
- 2) intervenciones diagnósticas específicas que tienen en cuenta las prácticas culturales.

Todavía nos queda un camino largo por delante mientras desarrollamos nuestra Ciencia clínica, el uso de ésta y de los juicios diagnósticos y terapéuticos. Un concepto de diagnóstico no es más que una aproximación a la realidad. Si el concepto supone una aproximación útil, entonces se empleará en la práctica clínica y sobrevivirá en el “mercado de ideas”. Si cambian los conocimientos, propósitos o

valores de la Enfermería, entonces también cambiarán los modelos y teorías. A continuación mostraré los pensamientos de un filósofo de la Ciencia, quien incentivaba a los clasificadores a categorizar su mundo, siempre manteniéndose abierto a nuevas formulaciones, dándose cuenta de que no hay sólo una verdad o una perspectiva y especialmente evitando un enclaustramiento de las categorías (Webster, 1984). Como dijo un miembro del equipo de la ICN: “sin un lenguaje, la Enfermería es invisible en los sistemas de cuidados en salud y su valor e importancia continuarán irreconocibles y no recompensadas. ¿Es invisible la Enfermería en nuestros países?”

(Traducción realizada por M. Lillo Crespo).

BIBLIOGRAFÍA

- Dickoff, J. & James, P. (1968) A theory of theories. A position paper. *Nursing Research*, 17, 197-203.
- Laudan, L. (1977). *Progress and Its Problems*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Wake, M.M. & Coenen, A. (1998). Nursing diagnosis in the International Classification for Nursing Practice (ICNP). *Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification*, 9(3), 111-118.
- Webster, G. (1984). Nomenclature and classification system development. In M. J. Kim, G. McFarland, & A. McLane (Eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference*. St. Louis: Mosby. 14-25.

