El Diagnóstico Enfermero
P. Ruymán Brito Brito

Entrevista: Andoni Carrión Jiménez

Enfermero y Bloguero. Miembro del Comité Asesor de ENE. Revista de Enfermería.

Coordinador del Monográfico de Enfermería 2.0 de ENE.

Recibido: 08/08/2011

Aceptado: 08/08/2011 (Monográfico 2.0)

Carrión Jiménez, Andoni. **El Diagnóstico Enfermero. P. Ruymán Brito [entrevista]** ENE. Revista de Enfermería 5(2):41-42, ago 2011. Monográfico Enf 2.0. Disponible en http://enfermeros.org/revista

El siguiente blog es otra referencia para la enfermería. El Diagnóstico Enfermero se ha convertido en lugar imprescindible para aquellos profesionales interesados por la taxonomía y la metodología enfermera.

Su editor, Ruymán Brito, es un enfermero de currículo de vértigo. Un ejemplo para cualquier enfermero que se inicia en la senda de cuidar. Su vocación por explorar el complejo mundo de la metodología lo llevo a editar este blog, con la idea de compartir con el resto de la comunidad lo aprendido a lo largo de su carrera.

Como los demás blogueros de este número especial de ENE, tiene perfiles activos en Twitter® y Facebook®

¿Por qué ese nombre para el blog?

En el año 2003 inicié mi formación de manera autodidacta y participé en cursos, jornadas, congresos y grupos de expertos relacionados con el diagnóstico enfermero y los lenguajes estandarizados de cuidados. Desde entonces he tratado de buscar sentido y coherencia en la utilización de estos lenguajes abogando sobre todo por la lógica clínica de los mismos,

Ruymán Brito. El Diagnóstico Enfermero.

esto es, por su sentido práctico. El blog, por tanto, no podía tener otro nombre.

¿Cómo se te ocurrió la idea de crear este blog?

La intención era dar difusión al trabajo que se está haciendo en Atención Primaria Tenerife con la Metodología Enfermera a través del programa de formación y asesoramiento Cuidarte así como dar a conocer en forma de posts las principales conclusiones y reflexiones sobre el tema.

Entonces ¿Sólo está dirigido a enfermeras de Atención

issn 1988 - 348X
vol 5, n2 - ago 2011
http://enfermeros.org/revista

Primaria?
No. Está dirigido a enfermeras de cualquier ámbito interesadas en los lenguajes estandarizados de cuidados, su aplicación y su enfoque filosófico-científico.

Y ¿Qué pretendes conseguir con este blog?
Difundir y poner sobre la mesa los pros y los contras en el uso del diagnóstico enfermero. Por eso en él se pueden encontrar reflexiones, mapas conceptuales, herramientas para un mejor entendimiento del diagnóstico enfermero, etc.

Pero no publicas muy frecuentemente ¿no?
Aproximadamente publico cada 15 días.

Para terminar ¿Podrías sugerirnos un post que sirva para que la gente conozca mejor el blog El Diagnóstico Enfermero?
Me quedaría con el post La precisión diagnóstica (http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com/2011/01/la-precision-diagnostica.html) porque éste, el de afinar con el diagnóstico enfermero correcto es el principal problema a nivel científico que presenta la metodología enfermera, lo que acarrea muchas dificultades en la práctica asistencial.

issn 1988 – 348X
vol 5, n2 – ago 2011
http://enfermeros.org/revista

a Precisión Diagnóstica

P. Ruymán Brito Btito

Enfermero. Licenciado en Periodismo. Master en Cuidados al final de la vida. Consultor de Metodología Enfermera en Atención Primaria de Tenerife y Profesor colaborador de Enfermería Comunitaria. Doctor por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de La Laguna.

Brito Brito, P. Ruymán. **El Diagnóstico Enfermero [blog] La Precisión Diagnóstica;** 09/ene/2011[2 pantallas aprox]Disponible en http://eldiagnosticoenfermero.blogspot.com/2011/01/la-precision-diagnostica.html

Republicado en ENE. Revista de Enfermería 5(2):43-45, ago 2011. Monográfico Enf 2.0. Disponible en http://enfermeros.org/revista

La precisión diagnóstica es definida por Lunney como la aproximación del juicio clínico, mediante la declaración diagnóstica, a los datos que presenta el paciente.

Esta autora indica la necesidad de mejorar la precisión considerando tres factores:

1.- Las investigaciones indican la necesidad de una mayor concordancia entre enfermeras a la hora de hacer el diagnóstico. Los estudios de los últimos 45 años sobre concordancia describen la amplia variedad de interpretaciones que tienen las enfermeras sobre los datos de la práctica clínica.

2.- La precisión de los diagnósticos enfermeros siempre será una cuestión de preocupación porque el diagnóstico en Enfermería es complejo.

3.- Con la implementación de las historias de salud electrónicas, el grado de precisión tendrá implicaciones masivas.
(Lunney M. Critical need to adress accuracy of nurses diagnoses. OJIN. 2008)
(Lunney M. Diagnósticos enfermeros e investigación. En: NANDA-I, 2010:32-36)

Otros autores como Carnevali y Thomas (1993) o Marjory Gordon (1996) describieron el proceso diagnóstico enfermero mencionando varios factores que influyen en las variaciones de la precisión:

1.- El diagnosticador.

2.- La naturaleza de la cuestión diagnosticada.

3.- El contexto situacional.
Con respecto a la naturaleza de la cuestión diagnosticada, Webster (1984) indicó que

issn 1988 - 348X
vol 5, n2 - ago 2011
http://enfermeros.org/revista

el diagnóstico enfermero es complejo dado que pone el foco de atención sobre las respuestas humanas, pudiendo ser la ciencia más compleja que existe (¿?). La complejidad en el diagnóstico de las respuestas humanas está claramente ilustrada en los estudios de casos, como los mostrados por la propia Lunney (2001). En la última clasificación de NANDA, 2009-2011, esta autora estableció dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas por parte de las enfermeras:

1.- El diagnóstico en Enfermería requiere competencias en los dominios intelectual, interpersonal y técnico.

2.- El diagnóstico en Enfermería requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales.

Nos llama poderosamente la atención lo de ser tolerantes ante la ambigüedad en el proceso diagnóstico. Está claro que no es un ejercicio fácil pero veamos la definición del término ambiguo en el diccionario de la RAE: 1. adj. Dicho especialmente del lenguaje: Que puede entenderse de varios modos o admitir distintas interpretaciones y dar, por consiguiente, motivo a dudas, incertidumbre o confusión. Es justo lo que sucede en el ámbito asistencial con la implementación del diagnóstico enfermero: los datos del paciente se entienden de varios modos, se interpretan diferente según la enfermera que valore, dando lugar a un ramillete de múltiples y/o distintas etiquetas diagnósticas. Lo que sí parece existir es incertidumbre, en la medida en que desconocemos las necesidades de cuidados prioritarias para cada caso individual y trabajamos recogiendo datos y estableciendo hipótesis diagnósticas para disminuir tal incertidumbre. Pero nuestra postura y posicionamiento es tolerancia cero ante la ambigüedad diagnóstica.

Observando los factores anteriores que influyen en la precisión, en ningún momento se menciona la herramienta empleada para el diagnóstico, el instrumento. ¿No es necesaria la mejora de los instrumentos diagnósticos para la determinación de los problemas que son objeto de estudio de las distintas profesiones? ¿No influyen de manera directa los instrumentos empleados para el diagnóstico en la precisión? Creemos que sí. Es más, consideramos que la falta de precisión se debe en la misma medida a la capacidad diagnosticadora del profesional como a la imperfección o insuficiencia de los instrumentos disponibles para el diagnóstico. La necesidad de dar soporte clínico a los diagnósticos enfermeros es un lastre demasiado grande como para poner la atención solamente en la capacidad y precisión de las enfermeras. Hablar de PRECISIÓN y EXACTITUD en estadística es hablar de VALIDEZ y FIABILIDAD. Las herramientas diagnósticas en Enfermería carecen de validez y fiabilidad.

Este punto de vista está apoyado por diversas investigaciones que revelan las dificultades encontradas por las enfermeras en la práctica clínica para el empleo de los diagnósticos (Lee, 2005; Thomas, Newsome, 1992; Paganin et al, 2008; Montesinos et al, 2007; Cuesta et al, 1994; Brito et al, 2010). Además de las habituales cargas de trabajo, la falta de conocimientos de los lenguajes estandarizados de cuidados, de práctica en la implementación y de soportes de historia óptimos, las enfermeras siguen describiendo las etiquetas y definiciones diagnósticas como confusas, vagas, imprecisas, amplias, ambiguas, subjetivas, incoherentes, de difícil comprensión o traducción y no objetivables. Se alude también a la falta de un modelo teórico estandarizado y falta de consenso entre enfermeras.

Veamos un ejemplo de escala de grados de precisión propuesta por Lunney, una de las autoras con más publicaciones sobre el tema en los últimos 15 años. Se trata de una escala de precisión de 7 puntos que determina la calidad del diagnóstico realizado por la enfermera.

- El diagnóstico es consistente con todos los datos, está avalado por datos altamente relevantes y precisos: + 5 puntos.

- El diagnóstico es consistente con la mayoría o todos los datos y está avalado por datos relevantes pero no refleja uno o varios datos de mayor relevancia: + 4 puntos.

- El diagnóstico es consistente con muchos de los datos pero no refleja la especificidad de los datos disponibles: + 3 puntos.

- El diagnóstico está indicado por varios de los datos pero hay un número insuficiente de datos relevantes para el diagnóstico y/o el diagnóstico tiene una prioridad inferior a otros diagnósticos: + 2 puntos.

- El diagnóstico es sugerido solamente por uno o unos pocos datos: + 1 punto.

- El diagnóstico no está indicado por ninguno de los datos. No se formula ningún diagnóstico cuando existen suficientes datos para formularlo. El diagnóstico no se puede puntuar: 0 puntos.

- El diagnóstico está indicado por más de un dato pero debería ser rechazado en base a la presencia de al menos dos datos en contra: - 1 punto.

¿No es esta escala de precisión mostrada un tanto imprecisa además de ambigua?

¿No deberíamos plantear la precisión diagnóstica alrededor de los problemas objeto de estudio, esto es las necesidades de cuidados de las personas, más que alrededor de las profesionales que enuncian tales problemas?

Y si es así nuestra propuesta, ¿no deberíamos hablar de la precisión diagnóstica teniendo en cuenta los signos y síntomas clínicos de esas necesidades de cuidados?
Las clasificaciones diagnósticas empleadas a nivel internacional, ¿distinguen dentro de cada problema los signos y síntomas clave, dándoles mayor o menor importancia y describiendo las asociaciones entre ellos? ¿No hacen esto otras clasificaciones diagnósticas: la Clasificación Internacional de Enfermedades o el DSM-IV?

Medina Moya (2006) plantea la cuestión de si puede considerarse la explicación causal positivista como la mejor manera de captar la naturaleza de los problemas que atienden las enfermeras. Dependerá de si se asume, con mayor o menor conciencia, la tradición positivista de la ciencia o, en cambio, una visión hermenéutico-fenomenológica. Este autor aborda conceptos como los actos sociales o los significados de las acciones humanas para el cuidado y plantea si el diagnóstico enfermero es capaz de captar esas intenciones y contextos relacionados con las respuestas humanas. Apunta que las investigaciones acerca del diagnóstico enfermero deberían sufrir profundas transformaciones metodológicas para captar la sensibilidad subjetiva que constituye el núcleo de intervención, la persona cuidada. Menciona trabajos pioneros que orientan los fenómenos objeto del cuidado hacia teorías de la complejidad y hacia las ciencias no lineales.

Se abren nuevos campos para la investigación relacionada con el diagnóstico enfermero. Todos ellos tan alentadores como necesarios: la importancia y priorización de los signos y síntomas dentro de cada etiqueta diagnóstica; las asociaciones entre ellos; la construcción de algoritmos (Morilla Herrera, Morales Asencio, 2005) e instrumentos que faciliten el diagnóstico; el empleo de otros enfoques científicos como la lógica difusa para la creación de sistemas de expertos en el etiquetado diagnóstico (Im, Chee, 2003; de Moraes Lopes et al, 2006; Jensen et al; 2010).

Con todo ello seguiremos reflexionando, pero será otro día.

issn 1988 - 348X
vol 5, n2 - ago 2011
http://enfermeros.org/revista