

Entrevista

LA NANDA APRUEBA LA INCLUSIÓN EN LA TAXONOMÍA DE UN NUEVO DIAGNÓSTICO: "RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR"



Mª Begoña Sánchez Gómez, profesora en la Escuela de Enfermería Nª Sª de Candelaria. Máster en Calidad, Doctorando en la Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife). Enfermera con 24 años de experiencia en atención primaria, atención especializada, gestión e investigación.

Gonzalo Duarte Clíments, responsable de las Subunidades docentes de Enfermería Familiar y Comunitaria Tenerife I y II. Máster en Economía de la Salud, y Ciencias de la Enfermería. Doctorando en la Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife). Enfermero con 24 años de experiencia en atención primaria, atención especializada, gestión e investigación.



Ambos acaban de recibir la aprobación de la NANDA para la inclusión en la taxonomía de un nuevo diagnóstico: "Riesgo de deterioro de la función cardiovascular".

La enfermería está en un proceso de "cambio silencioso", en los últimos años se ha normalizado el grado, el acceso al doctorado, el desarrollo de las especialidades... ¿Qué interpretación hacen de todo esto?, ¿hacia dónde evoluciona nuestro papel?

Efectivamente se trata de un cambio silencioso que aún no tiene un reflejo en el papel que juega la enfermería en los servicios sanitarios, ni de cara a la sociedad. Esto tiene dos lecturas: una, la del avance y el reconocimiento y otra, la de las tareas pendientes, la necesidad de consolidar y desarrollar plenamente nuestras capacidades y nuestras competencias. Nuestro papel debe hacerse cada vez más visible, es muy importante que la población nos identifique.

El acceso de las enfermeras a la investigación parece un reto pendiente, ¿qué opinan al respecto?

Las enfermeras debemos acostumbrarnos a dar un paso adelante y competir por los recursos de investigación, que son pocos, y aún así los hay. Todo el avance que experimentamos en formación en estos últimos años nos debe servir para integrarnos en equipos multiprofesionales, para impulsar proyectos propios y para publicar. Sobre todo hemos de hacer un esfuerzo por publicar aquellos conocimientos que generamos.

En la última década se han implantado masivamente los sistemas de lenguaje enfermero en las historias clínicas electrónicas, ¿significa eso que el reto de incorporar este lenguaje a la práctica se ha conseguido?

Nuestra opinión sobre esto es dual, por un lado, si comparamos la situación en Atención Primaria hace diez o quince años con la actual, nadie podría pensar en una historia clínica sin el método enfermero y los lenguajes. Sin embargo, por otra parte creemos que tenemos dos cuestiones pendientes: el uso preciso del lenguaje y el análisis y explotación de esta información. Tenemos miles de pacientes historiadados con estos lenguajes y no se ha utilizado esta información para generar conocimiento y mejorar la asistencia.

Sobre el nuevo diagnóstico que acaban de incorporar en la NANDA, ¿cómo surgió?

El diagnóstico se llama "Riesgo de deterioro de la función cardiovascular". Hay que comenzar desde el principio, y este fue un problema en el trabajo, que hizo que el pensamiento inductivo se pusiese en marcha en busca de una solución. La cuestión es que los pacientes con problemas crónicos tienen una lista interminable de diagnósticos, objetivos e intervenciones. Muchos de los objetivos son comunes y lo mismo ocurre con las intervenciones, sobre todo aquellas que se refieren a la prevención de eventos cardiovasculares. En ocasiones, la revisión completa del plan de cuidados se hace complicada y la lista de tareas para el paciente sale de varios diagnósticos. Además, al emitir un informe y explicarle al paciente cuál es su situación de salud y lo que se espera, hace más complicado el plan de cuidados.

La solución pasaba por definir un diagnóstico que simplificase el proceso y fuese de uso intuitivo para el profesional y de fácil explicación al paciente. Como un modo de acercar la ciencia al lenguaje del paciente y, de esta forma, facilitar su implicación en el autocuidado.

Hemos recibido muchas manifestaciones de compañeros agradeciéndonos que el diagnóstico sea tan intuitivo y de fácil uso. Esa es la intención: que se vea la utilidad y que sea de uso sencillo. Agradecemos el gesto de reconocimiento, sobre todo teniendo en cuenta que todavía no está publicado.

¿Cuál fue el camino hasta su inclusión?

El proceso se inició en 2012 y ha durado casi dos años. Comenzamos por hacer una búsqueda bibliográfica inicial, tanto de diagnósticos enfermeros, objetivos de resultado, intervenciones y patología médica. La mayoría de la bibliografía tenía que ver con la prevención, por esto se decidió que fuese un diagnóstico de riesgo. Después se definieron los factores de riesgo relacionados y se justificaron con una revisión bibliográfica más exhaustiva y lo mismo se hizo con las intervenciones.

La definición del diagnóstico fue el paso más delicado, ya que tenía que responder a unas características clinimétricas en cuanto a que debía tener el mismo significado en inglés y en castellano, servir para el fin que se persigue, es decir, que tenga significado para el conjunto y sea representativo de lo que se quiere expresar, no incluir el diagnóstico en la definición y ser completa en sus términos, de forma que no deje lugar a la ambigüedad.

La NANDA contactó con nosotros en cuatro ocasiones para las sucesivas revisiones; las instrucciones fueron siempre claras y concretas en términos de "necesitamos que nos explique esta intervención y que la justifique en la bibliografía...". Nos sugirieron diferentes títulos para el diagnóstico hasta llegar a un acuerdo, siempre justificando el porqué de cada paso que dábamos.

En el campo específico de la enfermería familiar y comunitaria ¿cómo puede ayudar este nuevo diagnóstico?

Nos encontramos ante un cambio epidemiológico, la sociedad envejece y enferma de procesos crónicos, que son en su mayoría problemas cardiovasculares. Nuestro esfuerzo como enfermeros comunitarios debe encaminarse a la prevención. Ahí es donde radica el potencial del diagnóstico que proponemos porque, tras el diagnóstico, la enfermera debe poner

en marcha un plan de cuidados preventivo. A continuación, es necesario trabajar con la información producida con el diagnóstico, su uso y su representatividad en la población de riesgo cardiovascular.

¿Es este el siguiente paso en la investigación con diagnósticos?

El siguiente paso es trabajar hacia la validación clínica de los diagnósticos y realizar ensayos clínicos para probar el efecto de las intervenciones. A partir de la información podremos asegurarnos del correcto funcionamiento de la taxonomía y la corrección de posibles imprecisiones diagnósticas.

¿En qué manera influye la investigación en la precisión diagnóstica?

Los aspectos de imprecisión tienen que ver con el uso del diagnóstico, y de la pericia clínica: a menos uso menos precisión diagnóstica. Las enfermeras, cada colectivo en su entorno, deben trabajar para definir el grupo de diagnósticos que tienen más uso y explotar la información de ellos y de los resultados en los pacientes. Por ello nos parece una investigación necesaria.