



MISCELÁNEA

Entrevista a Lynda Juall Carpenito-Moyet

“No podemos definir la Enfermería sin los diagnósticos de enfermería como ciencia”.

*García Miñano, Soledad

La profesora Lynda Carpenito concedió una entrevista a “Enfermería Global” en el transcurso de su reciente visita a la Región de Murcia con motivo de su participación en las VII *Jornadas de trabajo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y diagnóstico de Enfermería (AENTDE)*, que tuvieron lugar en la Universidad Católica San Antonio de Murcia.

Enfermería Global (EG.): Estas Jornadas centran su atención en la oportunidad de incorporar los “diagnósticos de vigilancia”, o “problemas clínicos de colaboración”, como diagnósticos enfermeros. La North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA) se está planteando modificar la definición de diagnóstico enfermero para poder incluir en la taxonomía los “problemas clínicos de colaboración” o “diagnósticos de vigilancia”. ¿Qué opina al respecto? ¿Que implicaciones puede tener la nueva definición de diagnóstico enfermero propuesta por NANDA?

Lynda Carpenito (LC.): La definición propuesta por NANDA es un intento de incluir en la taxonomía de NANDA un tipo de enfoque que hasta la fecha no ha sido un diagnóstico de enfermería. Mi trabajo identificó de forma específica qué es un problema de colaboración, hace ya unos veinte años. Me decanté por la posición de que todos los diagnósticos, para los que tienen responsabilidad, no son diagnósticos de enfermería, ya que hay otro grupo de los llamados problemas de colaboración. Hasta la fecha yo les he dado la etiqueta de “complicaciones potenciales”: complicaciones potenciales cardiovasculares y complicaciones potenciales respiratorias.

Hace unos dos años, se publicó un artículo en NANDA acerca de unos diagnósticos de enfermería nuevos y diferentes: los de “vigilancia”. Estos fueron propuestos como un tipo de problema que las enfermeras tenían que vigilar antes de responder con cambios en el tratamiento del paciente. Se parecen a lo que yo llamo problemas de colaboración pero no son iguales. NANDA, en su propuesta de cambio en la definición del diagnóstico de enfermería, ha añadido la monitorización y la vigilancia a la definición, con la esperanza de

tomar lo que yo llamo problemas de colaboración – y lo que otra persona podría llamar diagnóstico de vigilancia– y colocarlos en el sistema de clasificación de NANDA.

Me opongo a dar nuevos nombres a los diagnósticos médicos con nueva terminología para luego llamarlo un diagnóstico de enfermería. Para mí, no clarifica absolutamente nada si cambiamos el nombre de una cirrosis hepática o un infarto de miocardio. No cambia el hecho de que sigue sin ser un diagnóstico de enfermería. El dilema que tenemos desde hace treinta años es que si todas las enfermeras estamos de acuerdo en que tenemos responsabilidades hacia una neumonía, hacia una diabetes mellitus, hacia un paciente que esté sangrando, hacia una hemorragia, hacia un problema cardíaco...., la pregunta es: ¿cómo incorporamos esa parte de nuestra práctica al diagnóstico de enfermería? Y más bien, ¿deberíamos hacerlo?



Lynda Carpenito en un momento de la entrevista.

En mi trabajo, mi recomendación siempre ha sido la de ver los diagnósticos de enfermería de NANDA como distintos a los problemas de colaboración. No es necesario que NANDA los desarrolle más puesto que ya están bien descritos en la literatura sobre enfermería. Vienen de la medicina y delimitan responsabilidades médicas y de enfermería. NANDA debería seguir con el trabajo de desarrollar y afinar los diagnósticos de enfermería que no están en su lista y aquellos que lo están pero que necesitan revisarse. Aun así, todavía queda la cuestión del acuerdo en que hay un grupo de diagnósticos que, en su mayoría, no están en la lista de NANDA, lo que es crucial para que las enfermeras cuiden bien a sus pacientes. La pregunta es si deberíamos llamarlos diagnósticos de enfermería o de otra manera, como hago yo cuando los llamo problemas de colaboración.

En noviembre de 2008 nos reunimos en Miami, donde hubo de nuevo una propuesta de cambiar la definición, a la que alude en su pregunta, que no recibió mucho apoyo. En ese congreso recomendé que quizá podríamos llamar a todos estos problemas de colaboración 'riesgos de complicación para' y que eso sería distinto a un diagnóstico de enfermería de riesgo. Si hiciéramos eso, podríamos redefinir ese tipo en concreto como un diagnóstico de enfermería de colaboración. Ni siquiera tenemos que llamarlos así porque ese diagnóstico en concreto necesite de intervenciones médicas y de enfermería para realizarse con éxito.

La razón de tal recomendación es que todavía hay un grupo de personas que creen que el enfoque más importante para la enfermería son los diagnósticos de enfermería. Yo no estoy de acuerdo. Creo que el enfoque más importante es, o bien los diagnósticos de enfermería, o bien el problema de colaboración, dependiendo de lo que le pase al paciente. Pero si vamos a seguir machacándonos así porque alguien quiere llamarlo diagnósticos de enfermería, entonces yo diría que, bien, llamémoslo así, pero definiéndolo de otra manera. La recomendación que siempre he hecho en mi trabajo ha sido no llamarlos diagnósticos de enfermería sino 'condiciones que necesitan cuidados de enfermería'. Algunos son diagnósticos de enfermería y otros son problemas de colaboración. No gastemos la energía de las enfermeras definiendo el aspecto que tienen los problemas de colaboración. ¡Ya reconocemos el aspecto que tienen! Utilicemos nuestra energía en lo que deberíamos estar haciendo. Y eso es redefinir los diagnósticos de enfermería. Este mismo año, en noviembre, hemos aprobado un nuevo diagnóstico de enfermería llamado '*motilidad gastrointestinal disfuncional*'.

EG.: Aunque la utilización de los diagnósticos de enfermería en la práctica asistencial, y su presencia en los planes de estudios de Enfermería es una evidencia, es verdad que no se aplican ni se utilizan igual en todas partes. Ni en un mismo país ni entre unos y otros países. ¿Cómo cree que puede solucionarse este problema y hasta qué punto considera importante que se produzca esta situación?

LC.: Bueno, antes de nada, la mayoría de las enfermeras del mundo no saben que el ochenta por ciento de las enfermeras en EE UU sólo cursan dos años de estudios. ¡El ochenta por ciento! El cuarenta por ciento de ellas vuelve para estudiar dos años adicionales, pero su formación no es una formación profesional. No con sólo dos años. Entonces hablamos de técnicas, de enfermeras técnicas que se habían formado para ayudar a enfermeras profesionales. Eso no ha llegado a pasar nunca. Los hospitales no diferencian entre una licenciada con cuatro años de estudios y una diplomada con sólo dos años. Se empezó a diferenciar para puestos de gestión, para ser instructora en el hospital... pero para la enfermera, trabajando en planta, no había más expectativas para las de cuatro años que para las de dos. Yo digo que la razón es que es casi imposible imaginar que una diplomada con dos años de formación llegue a hacer suyo algo como el concepto de los diagnósticos de enfermería. La mayoría de las alumnas terminan sus estudios creyendo que nunca tendrán que redactar otro diagnóstico de enfermería. No llega a ser más que algo que hicieron durante sus estudios y la mayoría tiene razón. Si trabajan en un sistema que ha integrado los diagnósticos de enfermería en un sistema electrónico, los diagnósticos de enfermería llegan a ser un poco más visibles.

Muchas veces, sin embargo, esto no implica más que ver las listas en la pantalla del ordenador. Realmente es el siguiente paso. El primer paso es diseñar un sistema de documentación eficaz, porque los diagnósticos de enfermería son una carga de documentación y eso es lo que ocurre en EE UU. Se ha convertido en una pesada carga: demasiado redactar, demasiado trabajo... con lo que llega a considerarse algo superfluo. En las escuelas de enfermería, exigimos a las alumnas que escriban mucho.

Desafortunadamente, eso no quiere decir que piensen: copian de mi libro o del libro de otro. Eso no es el pensamiento crítico. De manera que los profesores debemos distanciarnos un poco y preguntarnos: ¿por qué pedimos a los alumnos todas las semanas que escriban lo mismo una y otra vez? Para contestarle a la pregunta, si fuera su profesora y tuviera a treinta alumnos en mi clase y fuera a dar una clase sobre el cuidado del paciente antes y después de una intervención quirúrgica, les daría un plan de tratamiento que sea fundamental para ese tratamiento. Y allí es donde empezarían su tratamiento cuando llegasen al hospital. No “empollando” la noche anterior, copiando e inventándose. Con lo que hemos desarrollado nuestra profesión, no tenemos por qué pedir a los alumnos que inventen y que diseñen ellos los tratamientos, o fingir que eso es lo que están haciendo. No, en vez de eso, queremos que cojan este papel y que vean al paciente para preguntarse si necesitan cambiar algo para ese paciente y, si fuera así, por qué necesitan hacerlo. Así enseñamos una forma de pensar crítica, más que copiando otra vez lo mismo, todas las semanas.

EG.: Algunos programas informáticos que se están implantando en los centros hospitalarios de nuestro país, en los que se encuentra incluida la historia de enfermería, encuentran dificultades para adaptar los diagnósticos correctamente y que puedan trabajarlos las enfermeras. ¿Cree que el problema deriva también de esa falta de homogeneidad a la hora de decidir qué es para cada grupo de trabajo un diagnóstico de enfermería, o piensa que no hay suficiente conocimiento sobre diagnósticos entre el colectivo enfermero a la hora de elaborar los programas y aplicarlos posteriormente?

LC.: Si a las enfermeras se les pregunta por el desarrollo de las aplicaciones que van a estar utilizando y por las conexiones lógicas que queremos ver para que sean eficaces o, en el caso que le he comentado, de dar a mis alumnos un plan de tratamiento para un paciente quirúrgico, eso debería estar en el ordenador. Y lo que debería poder hacer es darle a un botón para luego ver el plan de tratamiento para el paciente en la fase postoperatoria. Si hay algo que no es relevante, debería ser desactivado. Desde el punto de vista del alumno, no sólo debería desactivado sino que deberían darles la explicación de por qué. Así iniciaríamos un sistema en el que los alumnos empiecen a pensar de forma crítica sobre el paciente y en el que no se quejen de volver a copiar lo mismo una y otra vez.

EG.: Los diagnósticos de enfermería permiten organizar funciones y elevar conocimientos en el campo de la investigación. Con la nueva implantación de los Estudios de Grado en Enfermería en España y en otros países de la Comunidad Europea que conceden a la titulación un título de Posgraduado, se reconoce oficialmente la capacidad investigadora de las enfermeras. ¿Considera que ahora es más urgente unificar criterios y formar a todas las enfermeras por igual en diagnósticos, para poder desarrollar e intercambiar conocimientos en el campo de la investigación?

LC.: Esa es la intención de NANDA: desarrollar un uso consolidado del lenguaje. Primero empezando en EE UU y ahora a nivel internacional, según el idioma y según si ese concepto encaja bien en esa cultura. Aunque no lo crea, en 1973 cuando se creó NANDA, incluso en la primera reunión, cuando todavía no era NANDA, todo en esa primera reunión dependía de que el Hospital Universitario de St. Louis en Missouri consiguiera un ordenador para luego preguntar al departamento de enfermería lo que deberían introducir en él. No eran los diagnósticos los que enfocaban el pensamiento, sino las intervenciones. De manera que no ganamos nada si seguimos dejando que las enfermeras utilicen la palabra que quieran para describir algo. Sería el mismo caos. Antes de descubrirse o de etiquetarse el SIDA, lo llamaban neumonía, lo llamaban la enfermedad de los maricas... Todas eran palabras para algo que hoy en día conocemos como el SIDA.

Un corpus lingüístico consolidado, no sólo ayuda a los practicantes a comunicarse entre ellos. Por ejemplo, en Medicina, en Japón, utilizan las mismas palabras que los médicos en España o en EE UU y por eso alguien puede investigar la cirrosis en China, en España o en EE UU. En la Enfermería, no hemos tenido ese tipo de argot consolidado, así que si querías investigar el concepto de la desesperación como diagnóstico de enfermería, o la tristeza crónica, no existía. De manera que, cuando buscabas apoyo en la literatura científica para un diagnóstico, para un concepto e incluso para algunas intervenciones, era muy difícil encontrarlo porque no había un lenguaje consolidado. Es lo mismo que dar a los alumnos tres libros de texto, uno de pediatría, uno de cuidados críticos y otro de maternidad, y decirle a cada autor que utilice una palabra distinta para cada concepto. Es un caos comunicativo. Hemos sido unas privilegiadas como enfermeras pensando que podíamos utilizar la palabra que fuera, porque queríamos. Esto era mejor y nos daba más libertad, cuando en realidad lo único que nos proporcionaba era más caos. Nos mantuvo ancladas en el pasado.

No podemos definir la enfermería sin los diagnósticos de enfermería como ciencia, porque lo que haces es decir: las enfermeras hacen esto, esto y lo otro. Eso no es ciencia, eso no es una profesión. Los profesionales dejan que su conocimiento guíe sus acciones y utilizar etiquetas de un argot consolidado nos ayudará a investigar cuáles son las mejores intervenciones para lograr un fin, y cuáles son los mejores síntomas e indicaciones clínicas para un diagnóstico. Sólo podemos lograrlo con la ayuda de la investigación y solo podemos investigar si utilizamos la misma terminología. Así pues, como los diagnósticos de enfermería son, eran y seguirán siendo una pesadilla de documentación tanto para los alumnos como para las enfermeras practicantes, a veces perdemos de vista el cómo desarrollar la ciencia. Los conceptos que existen hoy en día no existían hace veinte años. Por ejemplo, la sensación de impotencia no se conocía en la literatura de enfermería en el año 1982. Había dos artículos sobre ello. Ninguno de enfermería. Diez años más tarde, había trescientos. Así pues, poner nombre a un concepto, lo fortalece.

EG.: ¿Cómo ve a la enfermería española y en qué lugar la sitúa en cuanto a su formación y profesionalidad?

LC.: Sin duda le diría que el uso de los diagnósticos de enfermería en España es muy superior a su uso en EE UU. En España, en cuanto a los diagnósticos de enfermería y a los problemas de colaboración, tengo que decir que por utilizar los problemas de colaboración les van mejor los diagnósticos de enfermería. Están las cosas más claras. No tienen que discutir sobre dónde está la cirrosis, o dónde la diabetes, o dónde la hemorragia postoperatoria. Existe un diálogo académico sobre la enfermería en España que no tenemos en EE UU.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia