

A.R. Alconero-Camarero (PhD)<sup>a,\*</sup>  
y M.I. Ibáñez-Rementería (Graduada en Enfermería)<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Ciencias de la Salud, Departamento de enfermería, Facultad de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España*  
<sup>b</sup> *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [alconear@unican.es](mailto:alconear@unican.es)  
(A.R. Alconero-Camarero).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.007>  
1130-2399/ © 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Bases metodológicas, taxonomía y pensamiento crítico: respuesta de los autores



### Methodological bases, taxonomy and critical thinking: Authors' response

En primer lugar, los autores del manuscrito titulado «Rabdomiólisis en un paciente con enfermedad de McArdle»<sup>1</sup> agradecemos las aportaciones que las autoras Alconero-Camarero e Ibáñez-Rementería han realizado al mencionado trabajo<sup>2</sup>, dado que toda contribución genera un debate en torno a temas que nos interesan, potenciando la reflexión crítica y la consistencia científica del conocimiento que sustenta toda profesión.

Estamos de acuerdo con las autoras en que en el desarrollo de un caso clínico es importante plantear los adecuados diagnósticos enfermeros que surgen a partir de la valoración del caso, así como los problemas de colaboración. Somos conscientes de lo pertinente del uso del lenguaje propio, aunque hay que reconocer que puede haber diferentes formas de abordar el mismo caso, dado que el propio paciente, con base en su perfil personal y clínico, e incluso su conocimiento y actitud hacia su problema de salud, va a ser determinante en el planteamiento del enfoque enfermero respecto al diagnóstico, los objetivos a alcanzar (NOC) y las intervenciones necesarias para ello (NIC).

En el caso que nos atañe, el planteamiento difiere de otros casos que se pudieran dar de pacientes con la enfermedad de McArdle (produce incapacidad para degradar el glucógeno a nivel muscular), precisamente porque en esta ocasión estamos ante un paciente experto, con un amplio conocimiento y un alto nivel de autonomía en el manejo de una enfermedad de baja prevalencia<sup>3</sup>, siendo una gran desconocida para muchos profesionales de la salud, incluidas las enfermeras. Por esa razón, tras valorar al paciente, se decidió no incluir la gestión ineficaz de la salud como diagnóstico enfermero. Creemos conveniente señalar que el diagnóstico propuesto por las autoras corresponde a un diagnóstico de la versión de la NANDA-I versión 2012-2014<sup>4</sup>. Actualmente, la NANDA-I versión 2021-2023 identifica ese diagnóstico como *Autogestión ineficaz de la salud (00276)*. No obstante, con el dominio y la capacidad de manejo que tiene el paciente en categoría de experto, los autores del trabajo considera-

mos que un diagnóstico más certero que podría plantearse es el de *Disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293)*, y más concretamente, el de *Disposición para mejorar la realización de ejercicio (00307)*<sup>5</sup>. Esto se fundamenta en que el paciente demandó información durante todo el proceso clínico para mejorar su estado de salud presente y futuro, así como la intención de mejorar y adecuar la actividad física a la enfermedad.

Uno de los puntos más destacados del caso clínico planteado es el papel del paciente, concedor pleno de su enfermedad, por lo que en todo momento se tuvo en cuenta la perspectiva de este. La realización de actividad física es uno de los pilares terapéuticos, junto con una adecuada dieta, para las personas que conviven con la enfermedad de McArdle. En este caso concreto, el paciente conocía y controlaba el abordaje terapéutico de la enfermedad, así como los signos y síntomas de alarma de forma precoz. Por ello, realizaba el control dietético pertinente para favorecer una mejor adaptación a la actividad física y acudió a Urgencias ante la clínica presente. Este es un ejemplo de la importancia de contar con la experiencia del paciente para abordar las enfermedades crónicas y, en general, cualquier aspecto de salud, ya que favorece que el sistema sanitario sea más eficiente y sostenible, además de promover una mejor relación terapéutica entre el paciente y el profesional<sup>6</sup>.

A los autores nos gustaría destacar la importancia de incluir a los pacientes en la gestión y el cuidado de su salud, ya que el empoderamiento de estos debe ser uno de los objetivos a perseguir por toda actuación sanitaria. De esta forma, se pretende conseguir un consenso entre la experiencia científico-técnica de los profesionales sanitarios y la vivencia subjetiva de las personas<sup>7</sup>. En este caso, siendo la enfermedad de McArdle una dolencia rara, es mucho más importante contar con el paciente como experto e incluir su propia vivencia dentro de su propio contexto como parte de la valoración integral.

Para concluir, queremos destacar la importancia de fomentar el debate en la evidencia generada y agradecer a la revista *Enfermería Intensiva* la oportunidad para ello. Sin duda, es un proceso de mejora continua que permite intercambiar información y puntos de vista distintos sobre los trabajos publicados, aportando dinamismo a las publicaciones.

## Bibliografía

1. Nafría-Soria H, Moreno-España J, Sánchez-Herrero H, García-Menéndez E, Castillo CM, Fernández-Valle I. Rabdomiólisis en un paciente con enfermedad de McArdle. *Enferm Intensiva*. 2021;32:48–53, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2020.02.006>.
2. Alconero-Camarero AR, Ibáñez-Rementería MI. Bases metodológicas, taxonomía y pensamiento crítico. *Enferm Intensiva*. 2021. En prensa.

3. Diez Morrondo C, Pantoja Zarza L, San Millán Tejado B. Enfermedad de McArdle: presentación de 2 casos clínicos. *Reumatol Clin.* 2016;12:161–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.003>.
4. Herdman TH. *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2012.
5. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. *NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification 2021-2023*. New York: Thieme Medical Publishers, Inc.; 2021.
6. March Cerdà JC. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema. *Rev Calid Asist.* 2015;30:1–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.001>.
7. Pisano González Mm. Empoderar a personas y comunidades para alcanzar bienestar. *Metas Enferm.* 2019;22:3, <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081444>.

H. Nafría-Soria (MSN)<sup>a,\*</sup>, J. Moreno-España (MD)<sup>b</sup>,  
 H. Sánchez-Herrero (MPH)<sup>c</sup>, E. García-Menéndez (MD)<sup>d</sup>,  
 C. Moreno-Del Castillo (RN)<sup>a</sup>  
 e I. Fernández-Valle (RN)<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España  
<sup>b</sup> Residente Medicina Interna Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España  
<sup>c</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana, Madrid, España  
<sup>d</sup> Nefrología-Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
 Correo electrónico: [hectornaf@hotmail.com](mailto:hectornaf@hotmail.com)  
 (H. Nafría-Soria).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.008>  
 1130-2399/ © 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## ¿Por qué los llamamos diagnósticos de enfermería cuando son problemas de colaboración?



### Why do we call them nursing diagnoses when they are problems of collaboration?

Sra. Editora:

Felicitar a los autores<sup>1</sup> por la publicación en REVISTA ENFERMERÍA INTENSIVA del caso clínico y su correspondiente tratamiento con dispositivo de asistencia ventricular izquierda, y suscitar un debate constructivo siempre positivo para nuestro desarrollo profesional. Sin embargo, se han detectado ciertas imprecisiones metodológicas que de no ser aclaradas pueden incurrir en errores en la práctica clínica y en asunción de cometidos no propios de nuestra profesión.

Los autores desarrollan un caso clínico mediante taxonomía NANDA I, y los diagnósticos de enfermería (DXE) referidos en el texto son problemas de colaboración y no DXE. Según la definición aceptada por la NANDA I<sup>2</sup>: «*un DXE es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable*». La paciente se encuentra bajo sedoanalgesia e intubación orotraqueal, por tanto, los DXE que aparecen en el manuscrito no tienen fundamento en la situación que describen, ya que no presenta comunicación verbal que los sustente. Ninguno de estos juicios clínicos lo son, primero porque no podemos resolver una disminución del gasto cardíaco o un deterioro de la ventilación espontánea si el facultativo no pauta una serie de medidas a adoptar y que la enfermera debe llevar a cabo, puesto que no somos autónomas en este aspecto. Por otro lado, no se pueden relacionar los diagnósticos de riesgo con problemas o tratamientos médicos, ya que si no eliminamos la fuente de riesgo el problema seguirá existiendo, y nuevamente es el

médico quien tiene autonomía para hacerlo<sup>3</sup>. Sería válido en esta situación el «*riesgo de deterioro de la integridad cutánea*»<sup>2</sup> pero relacionado con la humedad, presión o fuerzas de cizallamiento que la paciente pudiese sufrir en su proceso de enfermedad, pero que si se llevaran a cabo las tareas propias de los problemas de autonomía pertinentes tampoco sería metodológicamente correcto.

Nos extraña también que no aporten datos sobre la familia, en busca de DXE dada la gravedad del caso.

Por último, nos llama la atención que la valoración sea por necesidades y prácticamente nula en ciertos sistemas relevantes para esta patología (sistema neurológico y hemodinámico) y que la única complicación potencial sea el estreñimiento, y más en una situación en la que las primeras 48-72 horas son cruciales. No podemos anteponer ésta a otras más importantes como son las arritmias, hipovolemia, fallo de ventrículo derecho o complicaciones derivadas del mal funcionamiento del dispositivo como el paro de bomba<sup>4</sup>.

Sí que habría que darle la importancia merecida al cuidado de la piel para evitar la aparición de úlceras por presión, ya que los autores lo nombran casi de manera anecdótica. Se trata la aparición del pie equino, pero en ningún momento hacen referencia a la alternancia de presiones en zonas proclives. Usan el pañal por precaución, aunque no estaría indicado ya que produce exceso de humedad en la zonas perineal y sacra y aunque es más que evidente que no se le pueden hacer lateralizaciones con el tórax abierto, se podrían aliviar presiones durante la higiene, ya que a estos pacientes críticos se les asea en bandeja, momento adecuado para inspeccionar y valorar la zona.

Para concluir, de nada nos sirve usar un modelo o marco teórico específico si no tenemos claro hasta dónde llega nuestro campo de acción y cuáles son nuestras competencias. Se deberían clarificar términos, unificar criterios y pautas de actuación para conseguir los objetivos propuestos y trabajar todos en una misma dirección evitando la duplicidad de tareas y la concesión de competencias no propias.