



CARTA AL DIRECTOR

Metodología enfermera aplicada a mujeres primigestas con preeclampsia grave



Nurse methodology applied to primigravid women with severe pre-eclampsia

Sr. Director:

Hemos leído con interés el caso clínico publicado en la revista ENFERMERÍA INTENSIVA por Carmona-Guirado et al.¹, y queremos felicitarles por esta aportación necesaria en las unidades de cuidados intensivos utilizando el método enfermero. Lo consideramos necesario porque continúa siendo un tema complejo en la toma de decisiones en el que existen algunas imprecisiones en el proceso; su inadecuada utilización puede tener consecuencias no deseables en el paciente, en la profesión y en la disciplina enfermera.

Como es sabido, las guías de práctica clínica europeas² para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo, muestran que los trastornos hipertensivos son una causa importante de morbimortalidad materna, fetal y neonatal, y son los episodios cardiovasculares más frecuentes durante y al final de todos los embarazos (6,8%). Las complicaciones tanto en las gestantes como en el feto están ampliamente publicadas por numerosos autores³.

Sin embargo, nos gustaría hacer alguna puntualización, a modo de reflexión, en relación a aspectos metodológicos enfermeros. En primer lugar, no se ha reflejado en el texto los antecedentes personales teniendo en cuenta la enfermedad que ha motivado el ingreso. Igualmente se han obviado datos de la valoración como el ritmo cardíaco, sudoración, relleno capilar, estado de hidratación y mucosas, balance hídrico y aumento de peso durante el embarazo. Tampoco queda clara la valoración del dolor, ya que, solo reflejan la intensidad y dicen que lo tolera «casi sin analgesia» aunque, entendemos que algún fármaco parece que se ha administrado.

En segundo lugar, no han considerado las complicaciones potenciales (CP), por ejemplo infección secundaria a los procesos invasivos (sondaje vesical) y trombosis venosa profunda; enfermedades que debe tenerse muy en cuenta por las complicaciones que puede generar tanto a nivel fetal como materno, independientemente del nivel de restricción de movimientos que se le prescriba a la paciente.

Continuando con el análisis, creemos que no quedan bien establecidos los diagnósticos de déficit de autocuidado, es decir, suponemos que tiene reposo en cama o relativo, según la prescripción médica, que no hallamos en el texto, por tanto serían problemas de autonomía, no diagnósticos de enfermería (DdE). Con respecto al resto de diagnósticos, identifican en la valoración desconocimiento sobre los cuidados básicos de la enfermedad y medicación, pero al no diagnosticarlo no lo planifican. No entendemos el DdE «Manejo inefectivo del régimen terapéutico», etiqueta que ha cambiado de nomenclatura y se denomina «Gestión ineficaz de la propia salud» (00078)⁴; puesto que, no encontramos datos en la valoración como se indica inicialmente, ni posteriormente que lo sugiera.

Encontramos en el texto 2 etiquetas diagnósticas que no lo son, uno es el DdE exceso de volumen de líquidos y otro es el riesgo de la alteración de la diada materno-fetal, ya que, reflejan problemas fisiopatológicos que no está en el ámbito de competencia enfermera y que requiere un abordaje en colaboración con el facultativo, con especial atención a la prevención y detección temprana de las complicaciones que pueden presentarse; por tanto son CP.

Según la valoración faltarían diagnósticos como «Afrontamiento inefectivo» (00069) y «Disposición para mejorar el proceso de maternidad» (00208).

Por último, para que un plan individualizado sea válido, hay que reflejar la puntuación diana de los resultados, tanto al inicio como al final del mismo, reconsiderando la opción de modificarlo si fuese necesario⁵.

Se deben seguir haciendo esfuerzos por analizar e interpretar la metodología, puesto que, no la utilizamos y por esto, resulta compleja. Sin embargo, una interpretación inadecuada de los resultados comunicados en este trabajo puede transmitir una falsa sensación de eficacia y liviandad.

Bibliografía

1. Carmona-Guirado AJ, Escaño-Cardona V, García-Cañedo FJ. Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta. *Enferm Intensiva*. 2015;26:32–6.
2. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, Cifkova R, Ferreira R, Foidart JM, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares durante el embarazo. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:e1–44.

3. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2010;376:631–44.
4. Heather Herdman T. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014. 9.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas MM, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

A.R. Alconero-Camarero^{a,*}, M.I. Ibáñez-Rementería^a
y M.T. Gil-Urquiza^b

^a *Departamento de Enfermería, Escuela de Enfermería Casa de Salud Valdecilla, Área Docente Matrona, Universidad de Cantabria, Santander, Cantabria, España*
^b *Área de partos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

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