



CARTA A LA EDITORA

Metodología enfermera aplicada a una paciente mediante intervencionismo estructural en cardiología



Nursing methodology applied to a patient through structural intervention in cardiology

Sra. Editora:

Recientemente Parellada-Vendrell et al.¹ han publicado un caso clínico en la revista *ENFERMERÍA INTENSIVA* acerca de un tratamiento en el campo del intervencionismo estructural en cardiología. Felicitamos a los autores por la optimización de los cuidados aplicados a la paciente y la resolución de los mismos. Sin embargo, se indican algunos comentarios relacionados con la metodología utilizada en el mismo que, de no ser aclarados, pueden incurrir en errores en la práctica clínica y en asunción de funciones impropias de nuestra profesión².

En primer lugar, percibimos cierta confusión en el apartado de la discusión con la contextualización del caso, ya que los autores comentan que hay ciertas intervenciones enfermeras que han sido claves para que la paciente llegue en las mejores condiciones clínicas posibles para el implante *valve in valve* mitral. En la descripción del caso se explica que la paciente ingresa en la unidad de cuidados cardiológicos agudos tras la implantación y después de ser derivada desde consultas externas por su sintomatología. De hecho, la valoración y el correspondiente plan de cuidados se elaboran postintervención, ya que consideran las complicaciones que se han desarrollado tras el implante; por lo tanto, todo esto lleva a confusión por parte del lector.

En segundo lugar, se desarrolla un plan de cuidados que no corresponde en absoluto a las competencias adquiridas en nuestro día a día, y que no da solución a los problemas que se han detectado². Los diagnósticos de enfermería (DXE) que identifican los autores¹ son erróneos, porque no podemos resolverlos de forma autónoma; se necesita una prescripción médica para pautar una serie de medidas a adoptar y que la enfermera está obligada a llevar a cabo. Un «patrón respiratorio ineficaz» (00032) en que se necesitará oxígeno y ciertos fármacos o la «disminución de la tolerancia a la actividad» (00298) generado por la enfermedad motivo del ingreso no son intervenciones autónomas. Por cierto, la «intolerancia» (00092) que los autores refle-

jan en el caso, se cambió por el DXE (00298). 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. Concretamente, el «riesgo de deterioro de la integridad cutánea» (00047) estaría bien formulado si no se relacionara con la inmovilidad física, que recordemos que la paciente está en reposo absoluto por orden médica y por imposibilidad de realizar cualquier actividad por su enfermedad incapacitante.

Tercero, no se puede considerar un DXE al «patrón del sueño alterado» (00198) en el momento en el que se necesita soporte farmacológico para tratarlo, ya que la enfermera no prescribe ese tipo de tratamientos; por tanto, estamos asumiendo roles no propios a nuestro campo de acción. Todos los juicios clínicos de enfermería identificados por los autores¹ son problemas de colaboración.

Por último, creemos oportuno considerar como problema de colaboración tanto el hipotiroidismo como la hipertensión arterial, patologías que sufre la paciente antes de este cuadro agudo y que en este plan de cuidados se obvian por completo, siendo muy relevantes para una buena evolución del proceso.

Para concluir, según NANDA³, un DXE implica formular un juicio clínico sobre una respuesta humana (ciertamente no se constata valoración alguna sobre el estado anímico de la paciente ante el proceso agudo) y ratifica que las enfermeras en la práctica no pueden utilizar todos los DXE disponibles, si estos se encuentran fuera de los estándares o competencias del país donde están ejerciendo profesionalmente.

Poco nos ayuda seguir avanzando en el desarrollo de modelos, marcos teóricos y metodología si lo básico no lo interiorizamos, llevándonos al intrusismo en roles de otras profesiones.

Bibliografía

1. Parellada-Vendrell M, Prat-Masana M, Pérez-Ortega S. *Valve in valve* mitral: a propósito de un caso. *Enferm Intensiva*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2021.07.002>.
2. Carpenito-Moyet LJ. *Planes de cuidados y documentación en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración*. 2.^a edición Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2005.
3. Heather-Herdman T, Kamitsuru S, Takao-Lopes C. *NANDA International Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12.^a edición Barcelona, España: Elsevier; 2021.

A.R. Alconero-Camarero (PhD)^{a,*},
 M.I. Ibáñez-Rementería (Grado de Enfermería)^b
 y C. Sarabia-Cobo (PhD)^a

^a Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería
 Casa de Salud Valdecilla, Universidad de Cantabria. Grupo
 IDIVAL, Santander, España

^b Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander,
 España

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

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.03.004>

1130-2399/ © 2022 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y
 Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España,
 S.L.U. Todos los derechos reservados.

En respuesta a «Metodología enfermera aplicada a una paciente mediante intervencionismo estructural en cardiología»



In response to "Nursing methodology applied to a patient through structural intervention in cardiology"

Sra. Editora:

Queremos agradecer a Alconero-Camarero et al.¹ el interés mostrado, así como las observaciones y comentarios en relación con el artículo publicado recientemente en ENFERMERÍA INTENSIVA «Valve in valve mitral: a propósito de un caso»². Nos gustaría dar respuesta a las cuestiones planteadas, ya que consideramos que se ha hecho una lectura o contextualización del caso preconcebida y errónea. Su carta al director nos brinda la oportunidad de clarificar cualquier aspecto o duda.

En primer lugar, tal como se describe en el artículo², la paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos derivada de consultas externas de cardiología, ya que presenta sintomatología compatible con insuficiencia mitral severa por disfunción de la bioprótesis mitral implantada en 2016 mediante cirugía cardíaca. Fue durante su estancia en dicha unidad cuando se optimiza el manejo y los cuidados para la estabilización clínica *antes* del implante percutáneo *valve in valve* mitral y poder llegar así al procedimiento en óptimas condiciones.

Es durante el ingreso en la unidad cuando se le plantea a la paciente esta opción terapéutica, ya que no es tributaria de un nuevo recambio valvular por el alto riesgo quirúrgico, y donde retorna después del procedimiento estructural, para vigilancia estrecha y control de posibles alteraciones y complicaciones.

Así se refleja en el artículo, concretamente en el resumen, introducción y descripción del caso: «El caso clínico describe el ingreso de una paciente en la unidad de cuidados cardiológicos agudos, donde, una vez estabilizada clínicamente y optimizado el tratamiento, se procede al implante *valve in valve* mitral percutáneo como alternativa terapéutica por presentar insuficiencia bioprotésica mitral severa sintomática y alto riesgo quirúrgico»².

En segundo lugar, la valoración enfermera y el correspondiente plan de cuidados individualizado se realizó al ingreso en la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos, y dado que es un proceso dinámico y para nada estático, se fue actualizando y modificando en función de las alteraciones resueltas y de los problemas que surgieron durante su estancia en esta.

En tercer lugar, Alconero-Camarero et al. afirman que: «*Todos* los juicios clínicos de enfermería identificados por los autores son problemas de colaboración», y «Los diagnósticos de enfermería (DXE) que identifican los autores son *erróneos* porque no podemos resolverlos de forma autónoma»¹ (las cursivas son nuestras). NANDA Internacional³ define los DXE como «juicios clínicos sobre las reacciones de la persona, familia o comunidad ante los problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales». Siguiendo este criterio, *todos* los DXE planteados (tanto los reales como los de riesgo) están recogidos en el NANDA Internacional³ y siguen una metodología enfermera, donde los cuidados al paciente crítico cardiovascular los abarcamos desde la perspectiva autónoma sin intrusismo laboral ni de competencias, con objetivos y actividades propias de nuestro rol, los cuales están descritos en el plan de cuidados del artículo² y recogidos en la clasificación de resultados (NOC)⁴ y de intervenciones de enfermería (NIC)⁵ con la finalidad de resolver el problema detectado o minimizar su impacto en la paciente.

El artículo² está basado en la nomenclatura internacional, donde no se encuentra una actividad que no esté reflejada en dicha nomenclatura, y firmemente consideramos que es competencia total de la enfermera. Aun así, la discusión y la divergencia de opiniones son aspectos positivos, ya que favorecen la reflexión y enriquecen la profesión.

Otro aspecto que comentan: «no se puede considerar un DXE al patrón del sueño alterado (00198) en el momento en el que se necesita soporte farmacológico para tratarlo, ya que la enfermera no prescribe ese tipo de tratamientos» nos hace dudar de la lectura crítica del artículo realizada, donde podrá observar que la intervención enfermera es NIC 2304 Administración de la medicación oral, donde, por supuesto, la enfermera es la encargada de preparar, informar al paciente, administrar, observar la respuesta y registrar sus efectos.

Así pues, consideramos que sí son competencias propias de nuestra profesión y juicios clínicos enfermeros ante los diagnósticos identificados: monitorizar el estado

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.03.004>