

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 (SEIUC). 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 clínica-

mente 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>

hemodinámico, valorar el patrón respiratorio y los sonidos pulmonares, proporcionar medidas de bienestar para aliviar la taquipnea y disnea, administrar tratamiento farmacológico prescrito y evaluar su efectividad, valorar la integridad cutánea e instaurar medidas de prevención, monitorizar la presencia de edemas y el balance hídrico, proporcionar ayuda y conocimientos hasta que la paciente sea capaz de asumir el autocuidado, monitorizar la tolerancia a la actividad, aplicar las precauciones universales para el control y prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, valorar la calidad del sueño y aplicar medidas ambientales y profesionales para reducir los despertares y favorecer el sueño en las unidades de críticos cardiovasculares.

Agradecidas por la carta, animamos a divulgar el conocimiento metodológico desde una visión crítica, pero a su vez constructiva, para alentar al colectivo enfermero a seguir avanzando.

Financiación

Ninguna fuente de financiación o beca.

Bibliografía

1. Alconero-Camarero AR, Ibáñez-Rementería MI, Sarabia-Cobo C. Metodología enfermera aplicada a una paciente mediante intervencionismo estructural en cardiología. *Enferm Intensiva*. 2022;33.
2. 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.07.002>. En prensa.
3. Herdman TH, NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 5.ª ed Barcelona: Elsevier; 2014.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman J, Wagner CM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 6.ª ed Barcelona: Elsevier; 2014.

M. Parellada-Vendrell (MSc)*, M. Prat-Masana (RN) y S. Pérez-Ortega (PhD(c))

Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos, Instituto Cardiovascular, Hospital Clínic, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maparell@clinic.cat (M. Parellada-Vendrell).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2022.05.002>

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