

# El paciente con síndrome de Austrian: a propósito de un caso

## Autoras

Eva Ceballos Gandarillas<sup>1</sup>, Isabel Pérez Loza<sup>2</sup>, Laura Losa García<sup>3</sup>, Ana Rosa Alconero Camarero<sup>4</sup>.

**1** Enfermera Cardiología Críticos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**2** Enfermera Cardiología Críticos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de investigación de Enfermería Idival.

**3** Enfermera Cardiología Críticos, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**4** Doctora en Ciencias de la Salud, Departamento de Enfermería de la Universidad de Cantabria. Grupo de investigación de Enfermería Idival.

## Dirección para correspondencia

Eva Ceballos Gandarillas  
Pomalengo, 21  
39660 Castañeda Cantabria  
Correo electrónico:  
eva.ecg@hotmail.com

## Resumen

En la actualidad, la endocarditis infecciosa es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia estimada entre 3,1 y 3,7 episodios cada 100.000 habitantes/año.

Pese a los progresos en el tratamiento médico-quirúrgico, la mortalidad hospitalaria de los pacientes con endocarditis es alta. La endocarditis infecciosa es un proceso que se debe a una infección microbiana localizada en el endocardio. La zona afectada con más frecuencia es la superficie de las válvulas y, en la mayor parte de los casos, es de origen bacteriano. Un tipo de endocarditis es el denominado síndrome de Austrian, esta afección tiene un mecanismo diferente a otros tipos de endocarditis y destaca por la agresividad con la que se destruye la región valvular izquierda del corazón. El nombre que da título al caso se debe al médico que publicó la triada de neumonía, endocarditis y meningitis neumocócica.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 68 años diagnosticada de síndrome de Austrian que ingresó en una Unidad de Cuidados Críticos Cardiológicos con gran inestabilidad hemodinámica, sedoanalgesiada y en tratamiento con ventilación mecánica por una insuficiencia respiratoria. Dada la gravedad del caso está justificado establecer un plan de cuidados basado en el modelo bifocal de Carpenito para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de síndrome de Austrian, apoyándonos en la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association*, así como en la *Nursing Outcomes Classification* y *Nursing Interventions Classification* para delimitar objetivos e intervenciones enfermeras, respectivamente.

**Palabras clave:** endocarditis, choque séptico, válvula mitral, meningitis neumocócica, neumonía bacteriana, atención de enfermería, cuidados críticos, diagnóstico de enfermería.

## The patient with Austrian syndrome: regarding a case

### Abstract

Infective endocarditis is currently an uncommon disease, with an estimated incidence of between 3.1 and 3.7 episodes per 100,000 inhabitants/year.

Despite the progress in medical-surgical treatment, hospital mortality of patients with endocarditis is high. Infective endocarditis is a process that is due to a microbial infection localized in the endocardium. The area most often affected is the surface of the valves and in most cases it has a bacterial origin. A type of endocarditis is the so-called Austrian syndrome; this condition has a different mechanism from other types of endocarditis and stands out for the aggressiveness with which the left valvular region of the heart is destroyed. The name that entitles the case is due to the doctor who published the triad of pneumonia, endocarditis and pneumococcal meningitis.

We present the case of a 68-year-old woman, diagnosed with Austrian syndrome, who was admitted into a Cardiac Intensive Care Unit with a serious hemodynamic instability, under sedation and analgesia and on treatment with mechanical ventilation due to respiratory failure. Considering the seriousness of the case, there is a justification for establishing a care plan based on Carpenito's bifocal model so as to meet the real and potential health needs in a patient diagnosed with Austrian Syndrome, relying on the North American Nursing Diagnosis Association taxonomy, as well as on the Nursing Outcomes Classification and the Nursing Interventions Classification, in order to define objectives and nursing interventions, respectively.

**Keywords:** endocarditis, septic shock, mitral valve, pneumococcal meningitis, bacterial pneumonia, nursing care, critical care, nursing diagnosis.

Enferm Cardiol. 2020; 27 (80): 62-68.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia estimada entre 3,1 y 3,7 episodios cada 100.000 pacientes y año<sup>1</sup>. A pesar de los progresos en el tratamiento médico-quirúrgico, la mortalidad hospitalaria de los pacientes con endocarditis es alta. La EI es un proceso que se debe a una infección microbiana localizada en el endocardio. La zona afectada con más frecuencia es la superficie de las válvulas cardíacas y, en la mayor parte de los casos, es de origen bacteriano. Un tipo de endocarditis es el denominado síndrome de Austrian (SA), esta afección tiene un mecanismo diferente a otros tipos de endocarditis y destaca por la agresividad con la que se destruye la región valvular izquierda del corazón. Con una prevalencia menor al 1%, es una enfermedad aguda, grave y con mal pronóstico, se llama SA por el médico que publicó la triada de neumonía, endocarditis y meningitis neumocócica<sup>2</sup>.

La guía de práctica clínica publicada en 2015 sobre la EI<sup>1</sup>, pone de relieve la nueva justificación de esta guía, primero por el aumento de número de pacientes en los estudios sobre la enfermedad, ante todo quirúrgicos; también por la necesidad de utilizar una estrategia colaborativa, que incluye a médicos de Atención Primaria, cardiólogos, cirujanos, microbiólogos, especialistas en enfermedades infecciosas y, a menudo, otros especialistas, denominados en su conjunto equipo de endocarditis.

La práctica de los cuidados enfermeros ha evolucionado a lo largo de la historia, con un mayor impulso en los últimos años donde a través de los protocolos, procedimientos y planes de cuidados se ha mejorado en la consecución de resultados. Un claro ejemplo es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)<sup>3</sup> conformado como la aplicación del método científico en la práctica asistencial, dotando a los enfermeros de un lenguaje común que permite la inclusión de los conocimientos a la práctica diaria, ofreciendo cuidados de manera uniforme y ordenada a paciente, familia y comunidad en todas las enfermedades, en especial el SA.

Dada la gravedad del paciente con esta enfermedad está justificado establecer un plan de cuidados basado en el modelo bifocal de Carpenito<sup>4</sup> para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de SA, siguiendo los pasos del método científico y apoyándonos en la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association*

(NANDA)<sup>5</sup>, así como en la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC)<sup>6</sup> para delimitar objetivos e intervenciones enfermeras, respectivamente.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 68 años que ingresó en la Unidad de Críticos Cardiológicos (UCIC), trasladada desde la Unidad de Cuidados Intensivos polivalentes, donde permanecía ingresada desde hacía 24 horas por disminución del nivel de conciencia, sepsis, úlceras venosas en miembros inferiores (MMII), y probable infección respiratoria; que tras la realización de un ecocardiograma se objetivó endocarditis sobre la válvula mitral (VM), por lo que se decidió traslado a la UCIC.

Como antecedentes personales: vive en Santander. Exfumadora con índice paquete/año de 30 paq/año. Exbebedora de 30-40 g. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica tipo enfisematoso. Estudiada en Medicina Interna por derrame pleural y lesión en la cabeza pancreática en 2008 descartando patología maligna; realizado talcaje (tratamiento que consiste en la inserción de talco entre las dos pleuras, «pleurodesis», a través de un tubo torácico). Intervenido en abril de 2017 por colección retropancreática en el contexto de una pancreatitis crónica. Insuficiencia venosa crónica en ambos MMII.

En la Unidad de Cuidados Intensivos polivalentes fue necesaria la intubación orotraqueal debido a la insuficiencia respiratoria mediante la oxigenación con alto flujo y el bajo nivel de conciencia que presentaba la paciente. También se le realizó una tomografía axial computerizada (TAC) en la que se observó atelectasia de pulmón derecho, por lo que se intervino realizando una broncoscopia de limpieza.

Para mantener la estabilidad de la paciente se precisó tratamiento farmacológico desde su ingreso, en el cual se utilizaron fármacos sedantes, analgésicos, drogas vasoactivas, insulina, así como diferentes antibióticos.

### Valoración del paciente

Los datos recogidos se han obtenido tanto de la historia clínica, como de la valoración, previa autorización del Servicio de Atención al Usuario del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. La complejidad clínica del caso requiere realizar la valoración de la paciente por sistemas.

1. Sistema neurológico: bajo efectos de la sedoanalgesia en perfusión continua. Pupilas puntiformes e isocóricas. Ausencia de dolor a través de escala Campbell (0) y ausencia de respuesta

a estímulos con un nivel en la escala de la agitación y sedación de Richmond (RASS) (-5). TAC de cerebro sin/con contraste: discreto aumento de la talla ventricular, con nivel líquido-líquido en astas occipitales, que sugiere ventriculitis (sin poder descartar hemorragia subaguda). Neurología recomendó completar estudio con Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

2. Sistema respiratorio: paciente conectada a ventilación mecánica (VM), bien adaptada. Parámetros de VM: modo volumen control, volumen tidal: 500 ml, presión positiva al final de la espiración: 5, frecuencia respiratoria: 14 resp/min,  $FiO_2$ : (0,35), lo que equivale a 35% de  $O_2$ . Saturación de  $O_2$  de 99%. Con roncus dispersos a la auscultación. Secreciones escasas, densas y blanquecinas (tras realización de una broncoscopia de limpieza). Posición del tubo orotraqueal en comisura de 21 cm. TAC torácico con contraste: condensación pulmonar derecha.

3. Sistema circulatorio: dependiente de drogas vasoactivas a dosis bajas, noradrenalina y dobutamina. A la auscultación frecuencia cardíaca central rítmica con soplo sistólico en foco mitral. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 80 lat/min. Pulsos periféricos presentes. Con hipertensión pulmonar: Presión arteria pulmonar sistólica (PAPS)=46, presión en arteria pulmonar diastólica (PAPD)=38 y presión capilar pulmonar (PCP)=21. En ecografía transesofágica urgente, endocarditis sobre VM con aneurisma micótico roto e IM severa. Función ventricular hiperdinámica. Sin afectación inicial de otras válvulas cardíacas.

4. Sistema excretor: portadora de sonda vesical bien colocada y permeable. Orina clara e inodora. Diuresis horaria forzada con furosemida (en bolos) con buena respuesta.

5. Sistema digestivo: portadora de sonda nasogástrica, correctamente colocada mediante auscultación. Comprobada radiológicamente y permeable. Conectada a bolsa de evacuación en caída libre con escaso débito biliar. Glucemia capilar 125 mg/dl. Peso: 56 kg, Talla: 155 cm, índice de masa corporal: 23,3. TAC

abdominal con contraste: hepatopatía crónica. Pancreatopatía crónica que condiciona dilatación de la vía biliar.

6. Sistema músculo – esquelético: paciente bajo los efectos de sedoanalgesia por lo que es incapaz de moverse por sí sola, presenta una buena alineación corporal y control del tono muscular.

7. Sistema cutáneo – mucoso: completamente dependiente para la higiene y cuidado de piel y mucosas. Hipertérmica, 38°C. Presenta úlceras venosas de unos 10 x 5 cm en maléolo tibial interno izquierdo, y en maléolo tibial externo e interno derecho, úlceras venosas de 1 cm y 3 cm respectivamente, con secreción purulenta y maloliente (**figura 1**). En maléolo externo de MII tiene una úlcera vascular seca, con costra. Además de un alto riesgo de presentar nuevas lesiones por presión/humedad asociada a una puntuación en la escala de Braden de 10.

8. Evitar peligros ambientales y lesión de otras personas: no existe riesgo de lesión y/o caída pues depende de soporte farmacológico y mecánico para el mantenimiento de su vida; la paciente está sedoanalgesada. Las barandillas de la cama se mantienen elevadas de manera preventiva para evitar caídas siguiendo el protocolo de la unidad y del hospital.

Además de la valoración realizada a la paciente, se hizo una valoración a su familia, incluida en nuestros cuidados:

- Valoración de la familia: Tras la información médica recibida sobre el estado de salud de la paciente, los familiares no son capaces de asimilar la situación y toman una actitud negativa ante las opciones posibles de desenlace de la situación. Sus hijos refieren que si hubiesen acudido antes al hospital hubiera sido mejor. A esta situación se añade una mala evolución de las úlceras en la última semana, así como alteraciones del comportamiento en la paciente con respuestas incoherentes en algunas ocasiones, y episodios de tiritonas frecuentes, sin fiebre termometrada, pero que aumentan la preocupación en la familia.



**Figura 1.** Representación de úlcera en miembro inferior derecho al ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (04.12.2018). Fuente elaboración propia.

**Problemas de colaboración (PC):** la paciente requiere que la enfermera haga por ella las actividades de tratamiento y control prescritas. Para ello se realiza una valoración focalizada en los diferentes sistemas analizados anteriormente. Las intervenciones relacionadas con la prescripción médica son los estudios diagnósticos y el abordaje terapéutico. Además, identificamos una serie de problemas potenciales que podrían aparecer. Se desarrollan en la **tabla 1**.

**Tabla 1.** Intervenciones de Enfermería (NIC) en las complicaciones potenciales y problemas de colaboración.

Complicaciones potenciales	Intervenciones de enfermería (NIC)
Arritmias y complicaciones cardíacas mecánicas secundarias a lesión en la VM	4210 Monitorización hemodinámica invasiva 4090 Manejo de las arritmias
Edema agudo de pulmón secundario a insuficiencia valvular	2080 Manejo de líquidos/electrolitos
Hipertensión craneal secundaria a ventriculitis	0909 Estado neurológico
Caídas secundario a sedación en retirada Efectos adversos de la administración de tratamientos	6490 Prevención de caídas 2380 Manejo de medicación 1056 Alimentación enteral por sonda 2120 Manejo de la hiperglucemia
Problema de colaboración	Intervenciones de enfermería (NIC)
Lesión de la piel. Respecto al problema referente a las lesiones observadas en la paciente secundarias a su insuficiencia venosa.	3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas 4066 Cuidados circulatorios: Insuficiencia venosa 0740 Cuidados del paciente encamado

**Problemas de autonomía (PA):** reflejan la falta total o parcial, de manera temporal o permanente, de la capacidad física o intelectual de la persona, para llevar a cabo por sí misma las acciones necesarias que satisfacen las necesidades básicas. En este caso la paciente requiere suplencia total-temporal para poder satisfacer dichas necesidades: alimentación, eliminación fecal/urinaria, movilización y mantenimiento de una buena postura; vestido y arreglo personal, mantenimiento de la temperatura corporal, higiene y cuidado de piel y mucosas.

**Diagnósticos de Enfermería (DdE):** reflejan las respuestas humanas del paciente y/o familia ante un cambio de salud o en el entorno, ante ellas deberemos de llevar a cabo una serie de actividades independientes (NIC) para conseguir los objetivos marcados (NOC). En nuestro caso hemos encontrado dos diagnósticos de enfermería centrados en la familia, pues la paciente en el momento de la valoración estaba sedada y no podía mostrar ninguna respuesta humana ante la nueva situación vital, se desarrollan en la **tabla 2**.

**Tabla 2.** Diagnósticos enfermeros en la familia y puntuación diana de resultados (PDR).

Ansiedad r/c conocimientos deficientes m/p incertidumbre y confusión en la familia		
Resultados de enfermería NOC	PDR	Intervenciones de enfermería (NIC)
0906 Toma de decisiones	Antes / Después	
90601 Identifica información relevante	1 - 4	5606 Enseñanza individual
90609 Escoge entre varias alternativas	2 - 4	5230 Mejorar el afrontamiento
Puntuación en la escala Likert: (1) gravemente comprometido, (2) sustancialmente comprometido, (3) moderadamente comprometido, (4) levemente comprometido, (5) no comprometido. PDR: puntuación diana de resultados.		
[00136] Duelo r/c la anticipación de la pérdida de una persona significativa m/p búsqueda del significado de la pérdida y sufrimiento		
Resultados de enfermería NOC	PDR	Intervenciones de enfermería (NIC)
2600 Afrontamiento de los problemas de la familia	Antes / Después	
260005 Controla los problemas familiares	1 - 3	7140 Apoyo a la familia
260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones	2 - 3	5240 Asesoramiento
260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros	2 - 4	4920 Escucha activa
Puntuación en la escala Likert: (1) nunca demostrado, (2) raramente demostrado, (3) a veces demostrado, (4) frecuentemente demostrado, (5) siempre demostrado. PDR: puntuación diana de resultados.		

### Seguimiento y evolución

La paciente permaneció estable hemodinámicamente permitiendo la retirada lenta de las drogas vasoactivas en los dos primeros días de ingreso. Las cifras de hipertensión pulmonar y las diuresis obtuvieron buena respuesta a la furosemida inicialmente administrada en bolos, pero precisando posteriormente perfusión continua hasta el día 11/12, que vuelve a pasar a bolos; el día 8/12 se añade nitroglicerina por el efecto venodilatador con buena respuesta hasta su retirada el día 11. Se mantiene en ritmo sinusal en todo momento. Con febrícula mantenida y buena perfusión periférica. Desde el día 10/12 empeoramiento a nivel hemodinámico, con hipotensión arterial mantenida a pesar de reiniciar perfusión de noradrenalina, bradicardia y oliguria por depleción de volumen.

Se retiró la sedoanalgesia al segundo día, movilizándolo las extremidades superiores (EES), la cabeza y el cuello, pero sin obedecer órdenes. A partir del tercer día obedece órdenes, pero permanece inquieta, con pupilas isocóricas y normorreactivas, movilizándolo EES y con paresia de las extremidades inferiores. Se repitió RNM craneal-medular, el día 11/12, para observar el alcance de las lesiones y decidir la actitud terapéutica; sin afectación medular.

Conectada a VM precisando FiO<sub>2</sub> bajas (0,25), lo que equivale al 25% de O<sub>2</sub>, presentaba secreciones blanquecinas, espesas y profundas. Progresión en destete respiratorio el día 8/12 en el que se produjo extubación accidental por parte de la paciente a última hora de la tarde, que toleró bien. El día 09/12 precisó oxigenoterapia de alto flujo debido a intercambio gaseoso deficiente que se intercaló posteriormente con el sistema de bipresión positiva en la vía aérea a partir del día 12/12 por empeoramiento de la insuficiencia cardíaca. En todo momento, la paciente presentó buena mecánica respiratoria y sin signos

de desaturación. No presentó tos productiva durante el proceso.

La nutrición enteral se inició el día 4/12 bien tolerada a nivel gástrico, permitiendo aumentar el ritmo a dosis plena en las primeras 24 horas. Comenzó con aumento de la frecuencia de las deposiciones siendo más líquidas al avanzar el día, por lo que se sustituyó la dieta hiperproteica y normocalórica, por una hiperproteica, hipercalórica y con fibra, siendo efectivo. Las glucemias permanecieron ligeramente elevadas durante todo el proceso, pero siempre se mantuvieron bien controladas mediante la administración de insulina subcutánea según pauta.

Tras la valoración por parte del equipo de enfermería de las lesiones cutáneas de ambos miembros inferiores, se objetivó la necesidad de realizar desbridamiento quirúrgico al encontrarse el lecho de estas con abundante tejido esfacelar seco, y con exudado purulento y maloliente. Tras el mismo se obtuvo una mejora en los bordes de las heridas, quedando limpios y vitalizados, y se pautó la realización de cura diaria mediante el procedimiento de: limpieza con agua estéril, aplicación de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica y cobertura con espuma de poliuretano para control del exudado. Se realizó vendaje en espiga para favorecer retorno venoso. Las lesiones cutáneas evolucionaron favorablemente presentando el día 10/12 lechos más limpios y con tejido de granulación creciente, lo que produjo una discreta disminución de tamaño y del exudado, que permitió espaciar las curas cada 48 horas (**figura 2**).

La piel se mantuvo íntegra, durante todo el proceso, en el resto de puntos de apoyo de la paciente, a pesar del riesgo de desarrollar úlceras por presión, aplicando el protocolo de prevención de lesiones de la unidad.

El tratamiento antibiótico precisó varias modificaciones durante su permanencia en la unidad al estar condicionado por los resultados microbiológicos, también se pautó la



**Figura 2.** Representación de úlcera en miembro inferior derecho tras 6 días de tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (10.12.18). Fuente elaboración propia.

administración de corticoides tras ser valorada por el servicio de infecciosas en el momento de su ingreso en UCIC. El día 5/12 se inició tratamiento anticoagulante mediante la administración de heparina de bajo peso molecular por trombosis portal y se suspendió la administración de corticoides.

Tras realizarse un cateterismo cardiaco el día 12/12 con resultado de arterias coronarias normales, se presentó en sesión médico-quirúrgica y se realizó Intervención quirúrgica de recambio de válvula mitral (RVM) el día 14/12.

La evolución de la familia fue favorable según los objetivos consensuados. En relación a los diagnósticos enfermeros planteados en la familia (**tabla 2**) cabe destacar que gracias a la enseñanza individual junto con actividades encaminadas a mejorar el afrontamiento (proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico; tratar de comprender la perspectiva de la familia ante dicha situación estresante y clarificar conceptos equivocados), la familia pasó de tener una puntuación diana de resultados (PDR) 1 a 4 en la escala Likert en el ítem «identifica información relevante», mientras que en el ítem «escoger entre varias alternativas» pasó de 2 a 4. Lo que supuso una ligera disminución en su grado de ansiedad.

Todo lo anteriormente descrito junto con la escucha activa, el asesoramiento y el apoyo a la familia por parte de los profesionales consiguieron los siguientes PDR en los objetivos: «controla los problemas familiares» de 1 a 3, «implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones» de 2 a 3, y «expresan abiertamente sentimientos y emociones» de 2 a 4.

#### Evaluación de los resultados

Las intervenciones y actividades planificadas estuvieron dirigidas a proporcionar los cuidados en un entorno altamente tecnológico, procurando el máximo bienestar del paciente y de la familia; permitiendo un abordaje más humano de la situación y ayudando a la aceptación de una situación encaminada a la cirugía. La valoración focalizada de la paciente indica PA y PC, pero en ningún caso DdE. Mientras que, la valoración centrada en la familia, sugiere los DdE de «ansiedad» y «duelo», para los cuales se formularon los NOC que presentaban puntuaciones deficientes en la valoración y cuyas NIC, eran factibles de llevar a cabo en la unidad sin problemas, para obtener nuestro objetivo, PDR superiores en todos ellos, que hizo que la familia expresara satisfacción de cómo se estaba desarrollando todo el proceso.

## DISCUSIÓN

La elección del caso clínico fue motivada por la baja incidencia de esta patología en la práctica diaria. Además la válvula afectada en nuestra paciente era la válvula mitral, en lugar de la válvula aórtica como se describe en el SA<sup>2</sup>.

Actualmente y con visión futurible, debido al gran impacto sobre la morbimortalidad cardiovascular, la clave está en la práctica de la medicina preventiva y de la educación sanitaria con el fin de educar a la población acerca de las medidas necesarias para preservar la salud cardiovascular.

Con respecto a la prevención, escasos son los cambios que muestra la guía de práctica clínica publicada en 2015 sobre la EI<sup>1</sup>, por ejemplo, destaca la consideración de medidas generales de prevención para todos los pacientes y los de alto riesgo, con especial mención a los hospitalizados y sometidos a diferentes

intervenciones, para disminuir la incidencia de El relacionadas con la atención sanitaria. Según la Organización Mundial de la Salud<sup>7</sup>, contrariamente al progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, continúan apareciendo infecciones en los pacientes pudiendo afectar al personal sanitario. Numerosos factores favorecen la infección de los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de estos; la mayor diversidad de procedimientos médicos y las técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias resistentes a los medicamentos, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar esta transmisión. Es por ello, que la prevención de las infecciones constituye una responsabilidad de todas las personas del equipo y de todos los servicios proveedores de atención de la salud. El cumplimiento de las normas prácticas para el control de infecciones es una función de vital importancia del personal de enfermería, que no solo debe conocer sino también cumplirlas<sup>7</sup>.

El presente caso confirma la necesidad de una relación adecuada entre profesionales, en cuanto a comunicación, intervención y registro, puesto que la paciente evolucionó dentro de la gravedad favorablemente, se estabilizó y se llevaron a cabo todos los tratamientos previstos, hasta finalizar el proceso con el quirúrgico. El proceso de cuidados enfermero consistió en una valoración por sistemas, dada la situación de la gravedad de la paciente, donde destacan las afecciones de los sistemas neurológico, respiratorio y cardiaco, fundamentada en la monitorización precisa de la evolución de la enfermedad. Los cuidados en la familia se centraron en el soporte moral y físico, aumentando la calidad y seguridad del proceso<sup>8</sup>. El empleo de lenguaje estandarizado (taxonomías NANDA-NOC-NIC) y del modelo elegido<sup>4</sup> nos permitió organizar y priorizar las intervenciones de enfermería, asegurando unos cuidados óptimos basados en la evidencia científica actual.

Diversos estudios<sup>9,10</sup> publicados sobre planes de cuidados similares al nuestro, han divulgado ciertas imprecisiones como son la aparición de los síntomas derivados de la enfermedad, los tratamientos clínicos y los problemas de colaboración (PC) como diagnósticos enfermeros; y también la ausencia de identificación de los problemas de colaboración del individuo en los que la enfermera debe intervenir, vigilando y controlando su aparición o evolución generando un conflicto y confusión en la práctica clínica.

Otro aspecto relacionado con la metodología y con la herida que presenta la paciente, NANDA contempla el deterioro de la integridad cutánea (00046) y el deterioro de la integridad tisular (00044) como posibles diagnósticos, no obstante, Carpenito<sup>4</sup> desaconseja utilizar estas etiquetas diagnósticas cuando la lesión sea de larga duración y tarde en cicatrizar, por lo que requerirá un abordaje en colaboración con el médico<sup>4</sup>. Es decir, según esto la «herida» es un problema de colaboración (PC), sin embargo, y esta es la contradicción, se está tratando de forma autónoma por enfermería, justificándolo con el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, y se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, en su Art 3. *Las enfermeras y enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de*

*medicamentos sujetos a prescripción médica, conforme a los protocolos o guías de práctica clínica y asistencial.*

A modo de propuesta, NANDA<sup>5</sup> contiene etiquetas que pueden incitar a un manejo impreciso, por ejemplo, si falta la valoración focalizada que pueda distinguirlos de un síntoma, tratamiento o de cualquier otro PC<sup>4</sup>. Igualmente, los diagnósticos de esta taxonomía no son utilizables para todas las enfermeras y en cualquier contexto, ya que las enfermeras de práctica clínica avanzada de países donde se ha desarrollado la taxonomía tienen competencia para diagnosticar y tratar problemas de salud diferentes a los que puede abordar la enfermería en España.

Las limitaciones del caso. Los casos clínicos corresponden a los artículos que presentan la más baja evidencia científica dentro de la escala de los diferentes tipos de estudios de investigación, por lo que, comúnmente el propósito de la publicación suele ser divulgativo. Describen detalladamente sobre un paciente en particular, por lo que los resultados no son generalizables, pero sí ayudan en la toma de decisiones ante casos similares.

Para solventar los problemas que presentan la mayoría de los casos publicados con metodología enfermera, proponemos talleres sobre razonamiento clínico y uso del lenguaje estandarizado, así como la formación avanzada en respuestas humanas para favorecer el proceso enfermero.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongioanni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis. The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *G Ital Cardiol (Rome)*. 2016;17(4):277-319.
2. Rodríguez-Nogué M, Gómez-Arraiz I, Ara-Martín G, Fraj-Valle MM, Gómez-Peligros A. Austrian syndrome: A rare manifestation of invasive pneumococcal disease. A case report and bibliographic review. *Rev Esp Quimioter*. 2019;32(2):98-113.
3. Ibáñez-Rementería I, Alconero-Camarero AR. Miocardiopatía dilatada en un paciente en tratamiento con asistencia ventricular. *Enferm Cardiol*. 2017;24(72):80-85.
4. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2002.
5. Heather-Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. 11.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2018.
6. Johnson M, Bulechek GM, McCloskey Dochterman J, Maas ML, Moorhead S, Swanson E, et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2.ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las infecciones nosocomiales. GUÍA PRÁCTICA. 2.ª edición. [Internet] Unión Europea: Malta; 2003 [citado 10 mayo 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/csr/resources/publications/ES\\_WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002\\_12.pdf](https://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf)
8. Sánchez-Vallejo A, Fernández D, Pérez-Gutiérrez A, Fernández-Fernández M. Análisis de las necesidades de la familia del paciente crítico y la opinión de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2016;40(9):527-540.
9. Rincón-Burgui R, Jimeno-San Martín L, Elorza-Mateos J, López-Alfaro P, Sarasa-Monreal MM, Pardavila MI, et al. Asistencia ventricular definitiva como alternativa al trasplante cardíaco en un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos: un caso clínico. *Enferm Intensiva*. 2013;24(2):89-94.
10. Call-Mañosa S, Pujol-García A, Chacón-Jordan E, Martí-Hereu L, Pérez-Tejero G, Gómez-Simón V, et al. Plan de cuidados individualizado durante oxigenación con membrana extracorpórea. Caso clínico. *Enferm Intensiva*. 2016;27(2):75-80.