

# CUANDO LA RELIGIÓN PESA MÁS QUE LA CIENCIA.

## A PROPÓSITO DE UN CASO

# WHEN RELIGION WEIGHS MORE THAN SCIENCE.

## ABOUT A CASE

### Autores

Eva Ceballos Gandarillas<sup>1</sup>, Ingrid López Aranda<sup>2</sup>, Isabel Pérez Loza<sup>3</sup>, Ester Franco Sandá<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.  
Unidad de Hemodinámica.

<sup>2</sup> Enfermera del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.  
Unidad de Cardiología Críticos.

<sup>3</sup> Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.  
Unidad de Cuidados Intensivos

### Dirección para correspondencia

Eva Ceballos Gandarillas  
Pomalengo, 21  
Castañeda 39660 Cantabria

### Correo electrónico

[eva.ecg.ec@gmail.com](mailto:eva.ecg.ec@gmail.com)

DOI: <https://doi.org/10.59322/93.4350.LH8>

## RESUMEN

- ▶ La miocarditis fulminante es causada por una reacción inflamatoria del miocardio secundaria a un proceso vírico, bacteriológico, tóxico o autoinmune que desencadena un fracaso cardíaco de manera aguda. Con una incidencia de 22 casos por 100.000 habitantes y, siendo el fallo cardíaco entre el 0,5% y un 4% de estos casos, la miocarditis fulminante es una situación poco común en el medio hospitalario.
- ▶ En este artículo, abordamos el caso de una paciente con miocarditis fulminante que pertenece a la comunidad de los testigos de Jehová, reconocida por su oposición a las transfusiones de sangre. Este rechazo conlleva diversas implicaciones clínicas, como un manejo más complicado de la pérdida de sangre, un aumento en el riesgo de complicaciones asociadas a la anemia, la necesidad de implementar enfoques médicos alternativos y una atención especial a la ética médica y al consentimiento informado.
- ▶ Se presenta el caso clínico de una mujer de 39 años, testigo de Jehová, que ingresó en una unidad de Cuidados Críticos cardiológicos en situación de bajo gasto cardíaco secundaria a una miocarditis fulminante, que a causa de sus complicaciones precisó plantear su tratamiento de manera diferente. 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 crítico y testigo de Jehová, 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:** Religión y ciencia, miocarditis, atención de enfermería, cuidados críticos, diagnóstico de enfermería.

## ABSTRACT

- ▶ Fulminant myocarditis is caused by an inflammatory reaction of the myocardium secondary to a viral, bacteriological, toxic or autoimmune process that triggers acute cardiac failure. With an incidence of 22 cases per-100,000 inhabitants and heart failure occurring in 0.5% to 4% of these cases, fulminant myocarditis is a rare condition in the hospital setting.
- ▶ In this article, we discuss the case of a patient with fulminant myocarditis who belongs to the Jehovah's witness community, which is known for its opposition to blood transfusions. This refusal carries several clinical implications, such as more complicated management of blood loss, an increased risk of complications associated with anemia, the need to implement alternative medical approaches, and special attention to medical ethics and informed consent.
- ▶ We present the clinical case of a 39-year-old woman, a Jehovah's witness, who was admitted to a Cardiac Critical care unit with low cardiac output secondary to fulminant myocarditis which, due to its complications, required a different approach to treatment. Given the severity of the case, it is justified to establish a care plan based on the Carpenito bifocal model to address the real and potential health needs of a critically ill Jehovah's witness patient, relying on the North American Nursing Diagnosis Association taxonomy, as well as the Nursing Outcomes Classification and Nursing Interventions Classification to define nursing objectives and interventions, respectively.

**Keywords:** Religion and Science, Myocarditis, Nursing Care, Critical Care, Nursing Diagnosis.

## Introducción

La miocarditis fulminante (MF) está desencadenada por una reacción inflamatoria del miocardio secundaria a un proceso vírico, bacteriológico, tóxico o autoinmune que desencadena un fracaso cardiaco de manera aguda. Con una incidencia de 22 casos por 100.000 habitantes y siendo el fallo cardiaco entre el 0,5% y un 4% de estos casos, la MF es situación poco común en el medio hospitalario. El tratamiento con fármacos inotrópicos y vasoactivos es la base para una rápida recuperación de la contractilidad miocárdica. En aquellos casos donde la evolución es tórpida será necesario escalar el tratamiento con algún dispositivo de asistencia ventricular<sup>1</sup>.

En este artículo hablamos de una paciente con MF y testigo de Jehová, una comunidad religiosa conocida por su rechazo a la

transfusión de sangre, una postura basada en su interpretación de las escrituras. Esta creencia plantea desafíos médicos y éticos en contextos clínicos, especialmente cuando los pacientes testigos de Jehová requieren procedimientos quirúrgicos o tratamientos que tradicionalmente implican el uso de sangre o sus componentes<sup>2</sup>. A lo largo de las últimas décadas, el ámbito médico ha tenido que adaptarse a estas creencias, desarrollando enfoques alternativos para el manejo de la salud de los pacientes que respeten sus convicciones religiosas. Las implicaciones clínicas del rechazo a las transfusiones sanguíneas incluyen un manejo más complejo de la pérdida de sangre, mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la anemia, la necesidad de utilizar enfoques médicos alternativos, y un mayor enfoque en la ética médica y el consentimiento informado. Los avances en la medicina sin sangre han permitido a



muchos pacientes testigos de Jehová recibir atención adecuada sin comprometer sus creencias religiosas, pero estos enfoques requieren una planificación y monitoreo más rigurosos.

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, incluida la MF.

Dada la gravedad del paciente con esta enfermedad está justificado establecer un plan de cuidados basado en el modelo bifocal de Carpenito<sup>3</sup> para resolver las necesidades de salud reales y potenciales en un paciente diagnosticado de MF, siguiendo los pasos del método científico y apoyándonos en la taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>4</sup>, así como en la Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>5</sup> para delimitar objetivos e intervenciones enfermeras, respectivamente.

## Observación clínica

Mujer de 39 años que ingresa en nuestra unidad con diagnóstico de MF secundaria a virus respiratorio Influenza A, derivada de otro hospital comarcal tras ser valorada en urgencias, donde había acudido tras haberse sincopado en reposo. El día anterior había sido valorada en el servicio de Urgencias tras derivación desde el centro de salud para realización de pruebas complementarias, hallándose como diagnóstico viriasis. Los episodios de síncope los describe con prodromos y de segundos de duración sin pérdida de esfínteres ni convulsiones. Refiere ser de tensión arterial (TA) baja. Náuseas sin vómitos. Febrícula hasta hace 48 horas. Uni-

do a lo anterior astenia generalizada y dolor lumbar bilateral.

Como antecedentes personales (AP): no alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Asma alérgica. Intervención quirúrgica del dedo del pie.

## Valoración de la paciente

Los datos recogidos se han obtenido tanto de la historia clínica y entrevista a la paciente, 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: consciente, orientada y colaboradora. Ausencia de dolor a través de escala EVA (0).
2. Sistema respiratorio: eupneica, no tos ni expectoración. Mantiene saturaciones basales de O<sub>2</sub> de 98% al aire ambiente.
3. Sistema circulatorio: taquicardia sinusal a 130 latidos/minuto, TA de 110/60 con fluidoterapia, pero sin soporte de drogas vasoactivas. Fría y mal perfundida con cianosis distal. En el electrocardiograma cabe destacar supradesnivelación del ST en cara inferolateral. En ecocardiograma transtorácico se observa disfunción del ventrículo izquierdo (VI) severa con fracción de eyección (FEVI) aproximada del 20% compensada por la frecuencia cardiaca (135 latidos/min) y derrame pericárdico moderado sin compromiso hemodinámico.
4. Sistema excretor: portadora de sonda vesical (SV) mantiene ritmo de diuresis. Orina normocolúrica.
5. Sistema digestivo: En dieta absoluta. Previamente en su casa nauseosa sin vómitos. Glucemia capilar 146 mg/dl. Peso: 67 kg, Talla: 166 cm, índice de masa corporal: 24,3.
6. Sistema músculo – esquelético: molestias musculares generalizadas. Debilidad subjetiva referida.
7. Sistema cutáneo – mucoso: precisa ayuda parcial para la higiene y cuidado de piel y mucosas por reposo. Afebril.



8. Evitar peligros ambientales y lesión de otras personas: no existe riesgo de lesión y/o caída. Las barandillas de la cama se mantienen elevadas de manera preventiva para evitar caídas y accidentes siguiendo el protocolo de la unidad y del hospital.

Es importante resaltar la ideología religiosa de esta paciente, ya que influye de manera significativa en las decisiones terapéuticas que se tomarán, especialmente ante su negativa a recibir tratamientos con hemoderivados. Además, cuenta con voluntades previas firmadas, en las que expresa su disposición a aceptar cualquier tipo de soporte, siempre que se asegure una recuperación funcional óptima.

### Plan de cuidados

Tras la valoración de la paciente, se determinaron los principales diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), así como los resultados NOC (Nursing

Outcomes Classification) e intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

### Fase diagnóstica

En la valoración de la paciente se han detectado los siguientes complicaciones potenciales y problemas de colaboración: Arritmias y complicaciones secundarias a miocarditis, isquemia de miembro inferior izquierdo, bacteriemia en el enfermo crítico, trombo-sis secundaria a reposo y no anticoagulación, efectos adversos de la administración de tratamiento, anemia secundaria a sangrado en infección urinaria (**Tabla 1**) y el diagnóstico enfermero de: 00083 Conflicto de decisiones r/c atención centrada en el yo m/p conflicto con la obligación moral y percepción de amenaza al sistema de valores (**Tabla 2**). La tabla presentada recoge el conjunto detallado del diagnóstico enfermero, junto con los objetivos marcados y las intervenciones planificadas, así como actividades específicas para abordar cada situación clínica o potencial complicación del paciente.

Tabla 1

#### Intervenciones de enfermería [NIC] en las complicaciones potenciales y problemas de colaboración

COMPLICACIONES POTENCIALES	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA [NIC]
Arritmias y complicaciones secundarias a miocarditis	4210 Monitorización hemodinámica invasiva <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ayudar en la inserción y extracción de las líneas de monitorización hemodinámica invasiva.</li> <li>▶ Monitorizar la frecuencia y ritmo cardíacos</li> <li>▶ Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.</li> </ul> 4090 Manejo de la arritmia <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Asegurar una monitorización continua del ECG a la cabecera del paciente por parte de personas cualificadas.</li> <li>▶ Observar y corregir los déficits de oxígeno, desequilibrios ácido-básicos y desequilibrios de electrolitos que puedan precipitar las arritmias.</li> <li>▶ Monitorizar la respuesta hemodinámica a la arritmia.</li> </ul>
Isquemia de Miembro inferior izquierdo	4064 Cuidados circulatorios: Dispositivo de ayuda mecánico <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad).</li> <li>▶ Comprobar el dispositivo regularmente para asegurar un funcionamiento correcto.</li> </ul>



Bacteriemia en el enfermo crítico	4220 Cuidados de catéter central <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Utilizar una técnica estéril para cambiar el apósito del sitio de inserción, de acuerdo con el protocolo del centro.</li> <li>▶ Irrigar la vía después de cada uso con una solución adecuada, según el protocolo del centro.</li> <li>▶ Observar si hay signos de flebitis (p. ej., dolor, enrojecimiento, piel caliente, edema).</li> </ul>
Trombosis secundaria a reposo y no anticoagulación	4066 Cuidados circulatorios; Insuficiencia venosa <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).</li> <li>▶ Observar el grado de molestias o dolor.</li> </ul>
Efectos adversos de la administración de tratamientos	2380 Manejo de medicación <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</li> <li>▶ Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.</li> </ul>
<b>PROBLEMAS DE COLABORACIÓN</b>	<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA [NIC]</b>
Anemia secundaria a sangrado	4010 Prevención de hemorragias <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Supervisar los resultados de los análisis de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina, el fibrinógeno, la degradación de la fibrina y los productos fraccionados, y el recuento de plaquetas, según corresponda.</li> <li>▶ Mantener reposo en cama durante la hemorragia activa.</li> </ul>
Infección urinaria	1876 Cuidados del catéter urinario <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Realizar cuidados rutinarios del meato uretral con agua y jabón durante el baño diario.</li> <li>▶ Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.</li> </ul>

**Tabla 2**

**Diagnóstico enfermero de la paciente e intervenciones de enfermería.**

(00083) CONFLICTO DE DECISIONES R/C ATENCIÓN CENTRADA EN EL YO M/P CONFLICTO CON LA OBLIGACIÓN MORAL Y PERCEPCIÓN DE AMENAZA AL SISTEMA DE VALORES.		
RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC] 1700 Creencias sobre la salud	PUNTUACIÓN DIANA DE RESULTADOS [PDR]	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA [NIC]
INDICADOR 170001 Importancia percibida sobre una medida tomada.	1 - 3	4920 Escucha activa 5510 Educación para la salud 6610 Identificación de riesgos
Escala Grado de intensidad: (1) Muy débil (2) Débil (3) Moderado (4) Intenso (5) Muy intenso.		
RESULTADOS DE ENFERMERÍA [NOC] 1212 Nivel de estrés	PUNTUACIÓN DIANA DE RESULTADOS [PDR]	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA [NIC]
INDICADORES 121213 Inquietud 121223 Desconfianza	1 - 4 1 - 3	5270 Apoyo emocional 5340 Presencia
Escala Grado de un estado o respuesta negativo o adverso: (1) Grave (2) Sustancial (3) Moderado (4) Leve (5) Ninguno		



## Fase planificación

En la **tabla 1** se reflejan las intervenciones y actividades encaminadas a prevenir y/o tratar las posibles complicaciones potenciales y problemas de colaboración que fueron surgiendo durante el proceso de estancia en la unidad.

En la **tabla 2** se presentan resultados (NOC). Se muestran los objetivos a alcanzar desarrollando un plan de cuidados de enfermería mediante intervenciones y actividades. Se muestran los indicadores de resultado obtenidos en cada evaluación.

## Fase de ejecución

Se llevaron a cabo las intervenciones planificadas propias del personal enfermería, así como aquellas de colaboración con el equipo multidisciplinario, lo que implica la coordinación total entre el equipo de salud con el fin de facilitar la posterior monitorización de la respuesta del paciente a las intervenciones desarrolladas.

## Seguimiento y evolución

A las pocas horas de ingreso precisa colocación de Balón de Cotrapulsación Intraórtico (BCIAo) con una cadencia 2:1, por disfunción severa del VI y ventrículo derecho colapsado, con una FEVI del 20%; durante la colocación del mismo síncope neuromediado con náuseas. Con soporte de drogas vasoactivas y aporte de volumen para mantener la TA media en torno a 80 mmHg. A nivel respiratorio se mantiene con saturaciones del 100% al aire ambiente. La función renal está conservada, ligero balance positivo con diuresis mantenida en torno a 50 - 60 ml/h. A nivel analítico, lactato en ascenso y troponinas ultrasensibles en descenso.

A nivel hemodinámico precisó de soporte con dobutamina y BCIAo durante 72 horas, retirado tras recuperación de la FEVI y lactato en descenso. Continúa con edema en pared posterior del VI y con ligero derrame pericárdico. Pulsos periféricos positivos, aunque mantiene frialdad distal. Como complica-

ción, a las 96 horas anemia severa secundaria a sangrado activo en arteria femoral izquierda (punto canalización BCIAo) con importante hematoma que se trata con compresión manual (tras desestimación del cirujano cardiovascular a una intervención en las condiciones clínicas de la paciente sin posibilidad de transfusión hemoderivados) y tratamiento farmacológico consensuado con hematología. Los pulsos permanecieron presentes durante todo el tiempo con livideces importantes y retorno venoso comprometido por hematoma inguinal de grandes dimensiones. La anemización fue progresiva llegando a 4,1 mg/dl de hemoglobina. El tratamiento estimulador de la médula ósea se mantuvo durante todo el tiempo ingresada en nuestra unidad comenzando a remontar la hemoglobina tras 5 días de tratamiento.

A nivel infeccioso se utilizó corticoterapia, ganmaglobulinas y oseltamivir desde el día del ingreso. El quinto día de ingreso comenzó con molestias en SV, recogiendo cultivo de orina donde se aisló *escherichia coli* y *enterococcus faecalis*, iniciado tratamiento con augmentine y posteriormente dirigido con meropenem y daptomicina. Se hace rastreo microbiológico completo por febrícula que resultó negativo.

En relación con las creencias de la paciente y sus voluntades previas, después de varias conversaciones con ella y su familia tras la complicación hemorrágica y la severa anemización, se expresaron verbalmente cambios en sus voluntades previas. Rechazaron la posibilidad de reanimación cardiopulmonar e intubación orotraqueal en cualquier situación de riesgo vital. Cada vez que se discutía el tema religioso y las opciones de tratamiento, la paciente mostraba inquietud y gran preocupación por la posible reacción de su familia y su comunidad religiosa si decidía aceptar la transfusión, a pesar de comprender los beneficios de los tratamientos sugeridos, ya que tenía conocimiento de las experiencias previas de sus familiares al respecto.

La evolución de la paciente fue favorable. Con relación a los DxE planteados (**Tabla 2**) cabe destacar que gracias a la escucha activa junto con la educación para la salud y la identificación de riesgos, la paciente pasó de tener una puntuación diana de resultados



(PDR) de 1 a 3 en la escala Likert en el ítem “Importancia percibida sobre una medida tomada”. Lo que supuso una ligera mejoría en las creencias sobre la salud.

Todo lo anteriormente descrito junto con el apoyo emocional y la presencia por parte de los profesionales consiguieron los siguientes PDR en los objetivos: “Inquietud” de 1 a 4, y “Desconfianza” de 1 a 3. Con lo que mejoró el control del estrés.

## 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; permitiendo un abordaje más humano de la situación y ayudando a la aceptación de una situación encaminada a la resolución del conflicto con su obligación moral y la percepción de amenaza que el sistema de salud podría representar para sus valores. La valoración focalizada de la paciente indica PA, PC y un DxE de “conflicto de decisiones” para el que se formuló 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 paciente expresara satisfacción de cómo se estaba desarrollando todo el proceso.

## Discusión

La elección del caso clínico fue motivada por la implicación ético/moral de los profesionales de salud en el momento de atender a pacientes testigos de Jehová, en situaciones de extrema gravedad donde a priori el tratamiento óptimo de elección es una transfusión sanguínea.

La MF sigue siendo una condición clínica de manejo complejo, con un alto riesgo de morbimortalidad. Las investigaciones<sup>1</sup> recientes destacan la importancia de un diagnóstico temprano, basado en biomarcadores y técnicas de imagen avanzadas, para poder iniciar un tratamiento adecuado lo antes po-

sible. Si bien los tratamientos inmunosupresores y el soporte hemodinámico han demostrado ser efectivos en algunos casos, no existe un protocolo universalmente aceptado, y los resultados son variables dependiendo de la rapidez con la que se detecte y se aborde la insuficiencia cardíaca. Además, los avances en terapias celulares y el uso de dispositivos de asistencia ventricular están cambiando el panorama del tratamiento, ofreciendo nuevas opciones para aquellos pacientes que no responden al tratamiento convencional. No obstante, aún existen muchas lagunas en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, por lo que se necesita más investigación para determinar las estrategias más efectivas y personalizadas para el manejo de la miocarditis fulminante. En este contexto, es crucial continuar con estudios clínicos y experimentales que exploren tanto la prevención como el tratamiento de esta enfermedad para reducir su alta mortalidad.

La negativa de los testigos de Jehová a recibir hemoderivados, incluso en situaciones de emergencia médica<sup>2</sup>, es un aspecto distintivo y fundamental de su creencia religiosa, basada en interpretaciones bíblicas que rechazan la transfusión de sangre. Este principio, profundamente arraigado en su fe, plantea retos significativos en el ámbito médico y ético, particularmente en contextos en los que la vida del paciente está en riesgo. La investigación<sup>2,6,7</sup> sugiere que, a pesar de las posibles implicaciones negativas para la salud, los testigos de Jehová prefieren alternativas que respeten sus creencias, como el uso de técnicas quirúrgicas avanzadas, el manejo optimizado de la sangre y la utilización de medicamentos que favorezcan la producción sanguínea. La negativa a recibir transfusiones sanguíneas, por razones religiosas, es uno de los principales puntos de conflicto en este contexto. Si bien los profesionales de la salud deben respetar las creencias y decisiones informadas de los pacientes, también deben actuar con el compromiso de proteger la vida y bienestar del individuo.

Es esencial que los profesionales sanitarios se mantengan actualizados en cuanto a los avances médicos y alternativas a la transfusión sanguínea, así como ser conscientes de los límites éticos y legales<sup>2</sup> que regulan su



práctica. Además, la comunicación abierta, el diálogo y el entendimiento mutuo son fundamentales para ofrecer un enfoque respetuoso, centrado en el paciente, que permita encontrar soluciones que respeten tanto las creencias religiosas como las necesidades de atención médica.

La atención a los testigos de Jehová requiere un enfoque multidisciplinario, que involucre no solo a los médicos, sino también a los equipos de trabajo, los asesores éticos y, cuando sea necesario, los representantes legales, con el fin de asegurar que se tomen decisiones informadas y respetuosas que promuevan el bienestar del paciente sin comprometer los principios fundamentales de la ética médica.

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. 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 cardíacos y hematopoyético, fundamentada en la monitorización precisa de la evolución de la enfermedad. Los cuidados enfermeros destinados a mejorar las creencias sobre la salud y disminuir el nivel de estrés, se centraron en la escucha activa, educación para la salud, identificación del riesgo, apoyo emocional y presencia mejorando en conflicto de decisiones que suponía

para la paciente. El empleo de lenguaje estandarizado (taxonomía NANDA-NOC-NIC) y del modelo elegido<sup>3</sup> nos permitió organizar y priorizar las intervenciones de enfermería, asegurando unos cuidados óptimos basados en la evidencia científica actual.

Diversos estudios<sup>2,6,7</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 DxE; también la ausencia de identificación de los PC 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.

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 PAE.

- ▶ Conflicto de intereses: ninguno.
- ▶ Este trabajo no ha recibido financiación.

## Bibliografía

1. GÁZQUEZ TOSCANO A, GALÁN MALÓN L. Caso clínico: *Miocarditis vírica linfocitaria fulminante con soporte biventricular en el contexto epidemiológico del COVID-19: ¿qué podemos ofrecer como profesionales de enfermería?* Enferm Cardiol. 2021;(82):58-67.
2. VILLAREJO P, PADILLA D, CUBO T, MARCOTE MA, MOLINA M, MENÉNDEZ P, ET AL. *Cirugía y transfusión urgente en el paciente testigo de Jehová: revisión de las implicaciones médico-legales*. Cir Esp. 1 de diciembre de 2007;82(6):328-32.
3. CARPENITO LJ. *Diagnósticos de Enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. 9ª ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 2002.
4. HEATHER-HERDMAN T, KAMITSURU S. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-2020*. 11ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2018.
5. JOHNSON M, BULECHEK GM, McCLOSKEY DOCHTERMAN J, MASS ML, MOORHEAD S, SWANSON E, ET AL. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
6. MARCO GUERRERO G. *Enfrentamiento médico legal del paciente testigo de jehová*. Rev Med Clin Condes. 1 de mayo de 2011;22(3):397-403.
7. BESIO R M, BESIO H F. *Testigos de Jehová y transfusión sanguínea: reflexión desde una ética natural*. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006;71(4):274-9.

