

# Ventrículo suicida, una paradoja

## Autores

Gemma López Domènech<sup>1</sup>, Sara Martínez Font<sup>2</sup>, Ana Carmen Burgués Miró<sup>1</sup>, Judith Prats Barrera<sup>1</sup>, Elena Querol Vallés<sup>1</sup>.

**1** RN, MSN. UCI Cirugía cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

**2** TCE. UCI Cirugía cardiovascular, Hospital Clínic de Barcelona.

### Dirección para correspondencia

Gemma López Domènech  
Institut Clínic Cardiovascular  
Hospital Clínic Barcelona  
C/ Villarroel, 170  
08036 Barcelona  
**Correo electrónico:**  
gemma.lopez15@gmail.com

## Resumen

El implante percutáneo de la válvula aórtica ofrece una opción terapéutica a pacientes con estenosis aórtica severa no candidatos a cirugía. Una complicación tan infrecuente como deletérea en pacientes con hipertrofia ventricular severa es la aparición de gradiente intraventricular también conocido como ventrículo suicida.

A continuación, se expone el caso de una mujer con estenosis aórtica severa y antecedentes de síndrome ansioso depresivo que ingresa en la unidad de cuidados intensivos tras implante de válvula aórtica percutánea. En el postoperatorio inmediato presenta clínica compatible con ventrículo suicida por lo que se realiza una valoración urgente con el objetivo de dar respuesta tanto a los problemas de colaboración como a los diagnósticos enfermeros derivados de la situación.

En el 4.º día la paciente presenta un bloqueo auriculoventricular completo que precisa maniobras de reanimación cardiopulmonar y posterior implante de marcapasos definitivo. Una segunda valoración prioriza entre otros los diagnósticos enfermeros de deterioro de la resiliencia y dolor agudo secundarios a las maniobras de reanimación. Las actividades planificadas permiten controlar el dolor y mejorar su capacidad de sostener y afrontar su situación.

Previo traslado a la unidad de hospitalización, una nueva valoración muestra una mejoría en casi todos los patrones funcionales. Las intervenciones prioritarias van dirigidas a la mejora de su tolerancia al estrés y a fomentar su resiliencia.

La valoración enfermera se realiza, siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, en tres fases distintas del proceso asistencial. En cada fase se elabora un plan de cuidados siguiendo la metodología NANDA-NIC-NOC.

**Palabras clave:** TAVI, cardiología, cuidados de enfermería, estenosis aórtica, prótesis valvular.

## Suicide ventricle, a paradox

### Abstract

Percutaneous aortic valve implantation offers a therapeutic option for patients with severe aortic stenosis who are not candidates for surgery. An infrequent and serious complication in patients with severe ventricular hypertrophy is the development of an intraventricular gradient, also known as suicide ventricle.

We present a case report of a woman with severe aortic stenosis and a history of anxiety-depressive syndrome admitted to the intensive care unit after a percutaneous aortic valve implantation. In the immediate postoperative period, she presented symptoms compatible with a suicidal ventricle, and urgent assessment was carried out in order to respond to both medical and nursing diagnoses derived from the situation.

On the 4th day, the patient presented with complete atrioventricular block requiring cardiopulmonary resuscitation manoeuvres and subsequent implantation of a permanent pacemaker. A second assessment prioritized, among others, the nursing diagnoses of impaired resilience and acute pain secondary to resuscitation manoeuvres. Planned activities enabled us to control her pain and to improve her resilience.

Prior to transfer to the hospitalization unit, a new assessment showed an improvement in almost all functional patterns. The priority interventions were aimed at improving her tolerance to stress and building her resilience.

The nursing assessment was carried out, following the functional patterns of Marjory Gordon, in three different phases of the care process. In each phase a care plan was drawn up following the NANDA-NIC-NOC methodology.

**Keywords:** TAVI, cardiology, nursing care, aortic stenosis, valve prosthesis.

## INTRODUCCIÓN

El implante percutáneo de la válvula aórtica (TAVI por su acrónimo en inglés) ofrece una opción terapéutica a aquellos individuos con estenosis aórtica severa que, por su edad o comorbilidades, no son tributarios de cirugía cardíaca por considerárseles de alto riesgo quirúrgico. Este grupo de pacientes presenta de hecho una tasa de mortalidad menor cuando el implante se realiza percutáneamente<sup>12</sup>.

Las complicaciones más frecuentes derivadas directamente de esta técnica son principalmente tres: problemas con el acceso vascular, insuficiencia aórtica perivalvular residual o regurgitación residual y accidentes cerebrovasculares<sup>13</sup>.

Existe también el riesgo de que aparezcan problemas de conducción como el bloqueo aurículo ventricular (BAV). Generalmente se trata de un problema transitorio, pero en ocasiones es necesario el implante de un marcapasos definitivo<sup>1</sup>.

Una complicación menos común en pacientes con hipertrofia ventricular severa es la aparición de gradiente intraventricular puesto que, al quedar resuelta la estenosis, la poscarga se ve disminuida drásticamente. Este fenómeno, cuya incidencia es del 18%<sup>4</sup>, se conoce como ventrículo suicida y presenta una clínica del patrón respiratorio muy similar al edema agudo de pulmón por descompensación cardíaca aguda lo que hace necesario que los profesionales posean la experiencia y los conocimientos necesarios para poder discernirlo.

Se expone a continuación el caso clínico de una paciente que, tras ser sometida a un TAVI, presenta a su llegada a la unidad de cuidados intensivos (UCI) un deterioro brusco tanto hemodinámico como respiratorio sugestivo de ventrículo suicida.

La valoración continuada por parte del equipo asistencial permite objetivar el repentino empeoramiento de la paciente y a su vez establecer un plan de cuidados cuyo objetivo es resolver tanto las necesidades aparecidas durante el proceso asistencial como las complicaciones derivadas de la intervención.

La escasa literatura acerca de su manejo en UCI pone de manifiesto el interés del caso.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se presenta el caso de una mujer de 86 años con antecedentes de cardiopatía isquémica de origen valvular con clase funcional NYHA III, estenosis aórtica severa, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, insuficiencia renal, hemorragia digestiva alta y síndrome ansioso depresivo en tratamiento; vive sola y es independiente para las actividades de la vida cotidiana. Derivada por el comité de TAVI de nuestro centro ingresa de manera electiva para realizarse dicha intervención.

Durante el procedimiento, en el momento del implante de TAVI transfemoral con prótesis autoexpansible Portico de 27 mm, se observa una insuficiencia severa perivalvular por lo que se procede al implante de una segunda prótesis (*valve in valve*) con óptimos resultados. Tras la intervención es trasladada a la UCI con un electrocatéter colocado en yugular derecha debido a un BAV completo persistente.

A lo largo de su estancia en la UCI se realizan tres valoraciones distribuidas en tres periodos siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon (**tabla 1**) y la taxonomía NANDA/NIC/NOC, utilizando la escala Likert<sup>5</sup>.

El primer periodo comprende desde su ingreso en la unidad hasta que es dada de alta de la UCI y durante el cual precisa de una revaloración urgente debido a la aparición del fenómeno de ventrículo suicida<sup>6</sup>. El segundo periodo incluye los primeros días en la unidad de cuidados intermedios, donde la paciente presenta un paro cardiorrespiratorio (PCR) por BAV completo sin ritmo de escape ventricular.

El tercer periodo abarca desde el implante de marcapasos definitivo hasta su traslado a la planta.

### Primer periodo

A las pocas horas de su ingreso en la UCI, la paciente debuta con un cuadro de taquicardia, hipotensión severa y dificultad respiratoria acompañada de crisis de ansiedad grave. Se le realiza un ecocardiograma a pie de cama que muestra la presencia de un gradiente intraventricular<sup>7</sup> máximo de 190 mmHg con un colapso del tracto de salida del ventrículo izquierdo compatible con ventrículo suicida. El ecocardiograma a pie de cama resulta ser una herramienta rápida, eficaz y de bajo coste que permite confirmar la presencia de gradiente intraventricular orientando el diagnóstico hacia ventrículo suicida y descartando otras posibles causas cuyo tratamiento sería radicalmente opuesto con el perjuicio que eso conllevaría.

Debido a la tórpida evolución de la paciente se realiza una valoración urgente que permite la identificación de la situación y donde destacan los diagnósticos enfermeros de disminución del gasto cardíaco y ansiedad (**tabla 2**). Del mismo modo, se resuelven los problemas de colaboración derivados de la situación mediante la administración de cristaloides para aumento de la precarga, betabloqueantes para la disminución del inotropismo y vasoconstrictores para aumento de la poscarga. A causa de una disfunción en la estimulación del electrocatéter, que se veía agravado por su estado de agitación y ansiedad, se procede a la colocación de un electrocatéter rígido para optimización del ritmo cardíaco.

Durante todo el evento la paciente expresa reiteradamente sentirse sobrepasada por la situación y que aceptar a operarse había sido un error; da muestras de fatiga emocional y se advierte un elevado riesgo de pérdida de resiliencia.

Debemos tener en cuenta que los pacientes ingresados en la UCI están sometidos a elevados niveles de estrés generados por factores estresores como el dolor, la escasa movilidad, la sensación de pérdida de autocontrol y la ausencia de un familiar cercano entre otros. Este hecho asociado a la angustia psicológica de la propia paciente y su estado de fragilidad tienen un impacto directo en su evolución<sup>8</sup>. La adecuada valoración y posterior intervención de los profesionales que acompañan a la paciente logran una mejora sustancial de su ansiedad lo que le permiten sosegar y colaborar en la gestión de sus cuidados.

### Segundo periodo

En el 5.<sup>o</sup> día postoperatorio, durante la sedestación, la paciente sufre una parada cardiorrespiratoria presenciada por un BAV completo sin ritmo de escape. Tras transferir a la paciente a la cama e iniciar maniobras de reanimación y estimulación cardíaca mediante marcapasos transcutáneo, se coloca un nuevo electrocatéter temporal (ya que, al no presentar nuevas alteraciones del ritmo, el rígido había sido retirado el día anterior). Posteriormente, precisa la colocación de un marcapasos

Tabla 1. Valoración de enfermería por patrones funcionales Marjory Gordon.

PATRONES FUNCIONALES	1.ª valoración Ingreso post-TAVI 22.10.2019	2.ª valoración BAV completo 27.10.2019	3.ª valoración 20 día de ingreso 11.11.2019
<b>PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD</b>	<input type="checkbox"/> Conoce sus enfermedades <input type="checkbox"/> Ingresa para implante de TAVI	<input type="checkbox"/> Conoce su situación de salud actual <input type="checkbox"/> Entiende que tiene que estar en cama a la espera de marcapasos	<input type="checkbox"/> Sigue el proceso de rehabilitación <input type="checkbox"/> Colabora en los cuidados
<b>PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO</b>	<input type="checkbox"/> Dieta habitual hiposódica <input type="checkbox"/> Portadora de sueroterapia por ayunas tras intervención <input type="checkbox"/> Presenta palidez <input type="checkbox"/> Presenta zonas de punción por procedimientos invasivos <input type="checkbox"/> 1,65 m, 95 kg. IMC 34,89	<input type="checkbox"/> Ingesta líquida bien tolerada, aunque inapetente <input type="checkbox"/> Piel y mucosas hidratadas <input type="checkbox"/> Presenta zonas de punción por procedimientos invasivos	<input type="checkbox"/> Infección de orina resuelta tras antibioterapia <input type="checkbox"/> Ingesta oral bien tolerada <input type="checkbox"/> Herida quirúrgica por MCP definitivo
<b>PATRÓN 3: ELIMINACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Última deposición antes del ingreso <input type="checkbox"/> Diuresis por sonda vesical: oligúrica <input type="checkbox"/> Abdomen blando y depresible	<input type="checkbox"/> Tras 6 días sin deposición se administra enema casen siendo este efectivo <input type="checkbox"/> Diuresis por sonda vesical	<input type="checkbox"/> Portadora de drenaje Redón en herida MCP con débito hemático escaso <input type="checkbox"/> Patrón deposicional cada 24h/48h <input type="checkbox"/> Micción espontánea
<b>PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO</b>	<input type="checkbox"/> En reposo por procedimiento <input type="checkbox"/> Alteración cardiovascular: - bajo gasto - alteración del ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Portadora de VMK 31%	<input type="checkbox"/> En reposo <input type="checkbox"/> Higiene c/24h en cama <input type="checkbox"/> Alteración cardiovascular: BAV completo <input type="checkbox"/> Requiere de EKT <input type="checkbox"/> Portadora lentillas nasales	<input type="checkbox"/> Ayuda parcial para higiene <input type="checkbox"/> Sedesta. Bipedesta con ayuda <input type="checkbox"/> TA controlado con antihipertensivos orales <input type="checkbox"/> En ritmo MCP definitivo
<b>PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO</b>	<input type="checkbox"/> Toma medicación para dormir	<input type="checkbox"/> Mal descanso nocturno por episodios de desorientación	<input type="checkbox"/> Buen descanso nocturno con medicación
<b>PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL</b>	<input type="checkbox"/> No tiene deficiencias sensoriales-cognitivas <input type="checkbox"/> No presenta dolor en el ingreso	<input type="checkbox"/> Dolor en costillas y pecho por compresiones torácicas <input type="checkbox"/> Episodios de desorientación y agresividad durante la noche necesitando contenciones mecánicas	<input type="checkbox"/> Consciente y orientada <input type="checkbox"/> Sin dolor
<b>PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO</b>	<input type="checkbox"/> Síndrome ansioso - depresivo <input type="checkbox"/> Está ansiosa al ingreso	<input type="checkbox"/> Temor ante la situación de muerte	<input type="checkbox"/> Mejoría respecto al ingreso, pero sigue con ligera ansiedad
<b>PATRÓN 8: ROL - RELACIONES</b>	<input type="checkbox"/> Vive sola <input type="checkbox"/> Buen soporte familiar	<input type="checkbox"/> Acompañada de la familia	<input type="checkbox"/> Acompañada de la familia
<b>PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN</b>	<input type="checkbox"/> No vida sexual activa <input type="checkbox"/> 2 hijos	<input type="checkbox"/> No aplica	<input type="checkbox"/> No aplica
<b>PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	<input type="checkbox"/> Paciente refiere preocupación por su situación actual y los múltiples ingresos recientes <input type="checkbox"/> No hábitos tóxicos	<input type="checkbox"/> Se encuentra desanimada y con poca fuerza para seguir	<input type="checkbox"/> Se encuentra animada por su mejoría y próxima alta
<b>PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS</b>	<input type="checkbox"/> Católica no practicante <input type="checkbox"/> No desea soporte espiritual	<input type="checkbox"/> Católica no practicante <input type="checkbox"/> No desea soporte espiritual	<input type="checkbox"/> Católica no practicante <input type="checkbox"/> No desea soporte espiritual

**Tabla 2.** Plan de curas en el ingreso en UCI.

<p><b>NANDA [00029] Disminución del gasto cardiaco r/c Alteración del ritmo cardiaco y Alteración de la contractilidad m/p Cambios electrocardiográficos (ECG), Disnea, alteraciones ecocardiográficas [problema de colaboración]</b></p>	
<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [0400] Efectividad de la bomba cardiaca                     <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Indicadores</i></li> <li>[40002] Frecuencia cardiaca (RI:2, RO: 5, escala b)</li> <li>[40004] Fracción de eyección (RI: 1, RO: 4, escala b)</li> <li>[40010] Arritmia (RI:1, RO: 5, escala n)</li> <li>[40001] Presión sanguínea sistólica (RI: 2, RO: 5, escala b)</li> </ul> </li> <li>● [0414] Estado cardiopulmonar                     <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Indicadores</i></li> <li>[41501] Frecuencia respiratoria (RI:2, RO:5, escala b)</li> <li>[41504] Ruidos respiratorios auscultados (RI:3, RO: 5, escala b)</li> <li>[41508] Saturación de oxígeno (RI: 3, RO 5, escala b)</li> <li>[41510] Uso de músculos accesorios (RI:3, RO: 5, escala n)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [4150] Regulación hemodinámica                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico</li> <li>- Comprobar y registrar la presión arterial, la frecuencia y el ritmo cardiacos, y los pulsos</li> <li>- Reconocer la presencia de signos y síntomas precoces de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico</li> <li>- Determinar el estado de perfusión</li> <li>- Colaborar con el médico</li> </ul> </li> <li>● [2380] Manejo de la 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> <li>- Facilitar los cambios de medicación con el médico</li> </ul> </li> <li>● [4090] Manejo de la arritmia                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar los parámetros de alarma del monitor de electrocardiograma</li> <li>- Monitorizar la respuesta hemodinámica a la arritmia</li> <li>- Asegurar una rápida disponibilidad de medicamentos de urgencia para la arritmia</li> </ul> </li> <li>● [4092] Manejo del marcapasos: temporal                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar la presencia de ritmo estimulado o la resolución de la arritmia causal</li> <li>- Fijar la frecuencia a las necesidades del paciente y dirigida por el médico</li> <li>- Controlar fallos en la captura o de detección y determinar la causa</li> <li>- Proporcionar cuidados adecuados en el lugar de incisión en marcapasos con sitios de inserción</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>NANDA [00146] Ansiedad r/c necesidades no satisfechas, crisis situacionales m/p estrés</b></p>	
<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [1211] Nivel de ansiedad                     <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Indicadores</i></li> <li>[121105] Inquietud (RI: 1, RO:4, escala n)</li> <li>[121101] Desasosiego (RI:2, RO: 4, escala n)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [5270] Apoyo emocional                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comentar la experiencia emocional con el paciente</li> <li>- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo</li> <li>- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza</li> <li>- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad</li> </ul> </li> <li>● [5820] Disminución de la ansiedad                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo</li> <li>- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad</li> <li>- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>NANDA [00211] Riesgo de deterioro de la resiliencia r/c Coexistencia de múltiples situaciones adversas</b></p>	
<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [1309] Resiliencia personal                     <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Indicadores</i></li> <li>[130903] Expresa emociones (RI:4, RO:4, escala b)</li> <li>[130906] Muestra un estado de ánimo positivo (RI:1, RO: 3, escala b)</li> <li>[130912] Busca apoyo emocional (RI:3, RO: 4, escala b)</li> </ul> </li> <li>● [1309] Resiliencia personal                     <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Indicadores</i></li> <li>[120103] Expresión de ganas de vivir (RI: 3, RO: 4, escala b)</li> <li>[120106] Expresión de optimismo (RI: 1, RO: 4, escala b)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>NIC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 5330] Control del estado de ánimo                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad</li> <li>- Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos</li> </ul> </li> <li>● [6160] Intervención en caso de crisis                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar dar falsas esperanzas</li> <li>- Favorecer la expresión de sentimientos de una forma no destructiva</li> </ul> </li> <li>● [5460] Contacto                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coger la mano del paciente para dar apoyo emocional</li> <li>- Evaluar el efecto cuando se utiliza el contacto</li> </ul> </li> </ul>
<p>RI: Resultado inicial; RO: resultado obtenido. Escalas Likert para valorar los indicadores de resultados.  <b>Escala b:</b> 1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal.  <b>Escala m:</b> 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.  <b>Escala n:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve 5. Ninguno.</p>	

definitivo. Tras este evento la paciente presenta un deterioro alarmante de su capacidad para adaptarse y sobreponerse a la situación en la que se encuentra. Se realiza una segunda valoración donde destacan, entre otros, el diagnóstico enfermero de dolor agudo secundario a las compresiones torácicas, así como el de deterioro de la resiliencia (**tabla 3**).

### Tercer periodo

La última valoración se lleva a cabo previo traslado a planta; en ella se observa una franca mejoría en casi todos los patrones funcionales.

**Tabla 3.** Plan de curas ingreso en intermedios.

NANDA [00210] Deterioro de la resiliencia r/c Cronicidad de la crisis existente, coexistencia de múltiples situaciones adversas, Percepción de vulnerabilidad m/p Estrategias de afrontamiento ineficaces	
<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [1208] Nivel de depresión</li> </ul> <p><i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [120801] Estado de ánimo deprimido (RI:2, RO: 3, escala n)</li> <li>- [120802] Pérdida de interés por actividades (RI: 3, RO: 5, escala n)</li> <li>- [120835] Pensamientos recurrentes de muerte (RI: 2, RO: 4, escala n)</li> </ul>	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [5230] Mejorar el afrontamiento</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo</li> <li>- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad</li> <li>- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador</li> </ul>
NANDA [00132] Dolor agudo r/c compresiones torácicas m/p verbalización	
<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [2102] Nivel del dolor</li> </ul> <p><i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [210201] Dolor referido (RI:3, RO: 4, escala n)</li> <li>- [210206] Expresiones faciales de dolor (RI: 4, RO: 5, escala n)</li> <li>- [210208] Inquietud (RI: 4, RO: 5, escala n)</li> </ul>	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [2210] Administración de analgésicos</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar la aparición, localización, duración, características, calidad, intensidad, patrón, medidas de alivio, factores contribuyentes, efectos en el paciente y gravedad del dolor antes de medicar al paciente</li> <li>- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito</li> <li>- Comprobar el historial de alergias a medicamentos</li> </ul>
<p>RI: Resultado inicial; RO: resultado obtenido. Escalas Likert para valorar los indicadores de resultados.  <b>Escala n:</b> 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve 5. Ninguno.</p>	

Las intervenciones prioritarias van, por tanto, dirigidas a la mejora de su tolerancia al estrés (**tabla 4**) y a fomentar aún más su resiliencia.

**Tabla 4.** Plan de curas previo al traslado a planta.

NANDA [00149] Riesgo de síndrome de estrés del traslado r/c Estrategias de afrontamiento ineficaces	
<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [1311] Adaptación al traslado</li> </ul> <p><i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [131111] Muestra un estado de ánimo positivo (RI:3, RO: 4, escala m)</li> <li>- [131112] Parece contento (RI:3, RO: 5, escala m)</li> <li>- [131119] Ansiedad (RI: 4, RO: 2, escala m)</li> <li>- [131121] Preocupación (RI: 3, RO:2, escala m)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [1309] Resiliencia personal</li> </ul> <p><i>Indicadores</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- [130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas (RI:3, RO: 4, escala m)</li> <li>- [130903] Expresa emociones (RI:4, RO: 5, escala m)</li> </ul>	<p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [5350] Disminución del estrés por traslado</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado</li> <li>- Evaluar los sistemas de apoyo disponibles</li> <li>- Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos de estrés por traslado</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● [7370] Planificación del alta</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar con el médico, paciente / familia / ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados</li> <li>- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente para poner en práctica después del alta</li> <li>- Identificar lo que deben aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta</li> </ul>
<p>RI: Resultado inicial; RO: resultado obtenido. Escalas Likert para valorar los indicadores de resultados.  <b>Escala m:</b> 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.</p>	

## DISCUSIÓN

El TAVI amplía el espectro de pacientes tributarios a corrección de estenosis aórtica severa al permitir intervenir a pacientes que antes quedaban descartados para cirugía cardiaca/convencional. Este hecho implica que los pacientes tributarios a este tipo de intervención pueden presentar una mayor fragilidad tanto por su edad como por sus comorbilidades lo que representa un reto para los profesionales de enfermería que, una vez en la UCI, se encargan de su recuperación. La detección temprana de cada una de las complicaciones que

sobrevienen a la paciente a lo largo de su proceso asistencial es determinante en su evolución. Del mismo modo, el uso flexible y sincrónico de los diversos tipos de valoración<sup>9</sup> facilita y asegura la adecuación de nuestras intervenciones, así como una práctica reflexiva y basada en la evidencia.

A pesar de que el objetivo es que los pacientes, si no existen complicaciones graves, sean dados de alta en las 72 horas que siguen a la intervención<sup>10</sup>, se decide prolongar la estancia en UCI y semicríticos para monitorización estrecha. Esto favorece que se encuentre acompañada por el equipo asistencial en el momento de la PCR de modo que ésta se resuelva de manera rápida, eficaz y sin secuelas físicas para la paciente. A nivel psicológico, sin embargo, este evento representa un punto de inflexión que le provoca la pérdida de resiliencia. La valoración enfermera, nuevamente, es fundamental para detectar la aparición del problema y poder identificar y dar respuesta a los factores estresores, fomentando así su capacidad de afrontamiento. El apoyo psicológico por parte de los profesionales de enfermería es primordial y debe centrarse en limitar los efectos negativos de la depresión y la ansiedad<sup>9</sup>.

## PREMIOS

Mejor caso clínico del 41.º Congreso virtual AEEC 2020.

## FINANCIACIÓN

Ninguna.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Morís C, Avanzas P. Implante transcatheter de la válvula aórtica. Una revolución en cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2015;15(3):1-2.
2. Sociedad Española de Cardiología. SEC-EXCELENTE. Procedimiento Implante Percutáneo de Prótesis Aórtica. Sociedad Española de Cardiología. 2017
3. Gutiérrez E, Angulo R, Elizaga J, Fernández-Avilés F. ¿Se está controlando las complicaciones del TAVI?. *Rev Esp Cardiol*. 2015;15(3):36-43.
4. Kaewkes D, Tomoki O, Flint N, Patel V, Mahani S, Raschpichler M et al. Outcomes of Patients with Severe Aortic Stenosis and Left Ventricular Obstruction Undergoing Transcatheter Aortic Valve Implantation. *Am J Cardiol*. 2020 Oct 15;133:105-115
5. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier Mosby. 2013
6. Alfonso F, Domínguez L, Rivero F, Benedicto A. Severe intraventricular dynamic gradient following transcatheter aortic valve implantation: Suicide ventricle? *EuroIntervention*. 2015;11:e1.
7. Ayuela-Azcarate JM, Clau-Terré F, Ochabavia A, Vicho-Pereira R. Papel de la ecocardiografía en la monitorización hemodinámica de los pacientes críticos. *Med Intensiva*. 2012;36(3):220-232.
8. Palacio-Jiménez, M., El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Conocimiento Enfermero*. 2020; 3 (7): 49-61.
9. Rubio JC. Papel de enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico (2ª parte). *Enferm Cardiol*. 2016;23(69):30-39.
10. Barbanti M, van Mourik MS, Spence MS, Icovelli F, Martinelli GL, Muir DF et al. Optimising patient discharge management after transfemoral transcatheter aortic valve implantation: the multicentre European FAST-TAVI trial. *EuroIntervention* 2019;15:147-154.