



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



Enfermería en Cardiología

Registro de cuidados para pacientes tratados en un laboratorio de electrofisiología

José María Fernández-Pérez^{a,*}, Inmaculada Paneque-Sánchez-Toscano^a, Felisa González-Cotán^a y Carmen Pinilla-Jiménez^b

^a Enfermero, Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Unidad Clínica Intercentro, Área del Corazón, Nodo Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Técnico en Cuidados de Enfermería, Unidad de Electrofisiología y Arritmias, Unidad Clínica Intercentro, Área del Corazón, Nodo Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de septiembre de 2010

Aceptado el 27 de abril de 2011

Palabras clave:

Registros de cuidados

Documentación enfermera

Laboratorio de electrofisiología

R E S U M E N

Los registros de cuidados son un sistema de comunicación imprescindible en toda unidad y constituyen una necesidad profesional. En su elaboración son factores críticos de éxito el tiempo empleado en el registro de la información relativa a los cuidados y la utilidad de la información registrada en términos de impacto en la comunicación y la continuidad en la atención del paciente.

El objetivo fue elaborar un registro de cuidados para el laboratorio de electrofisiología del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, adecuado a las características de esta unidad bajo criterios de calidad específicos.

El resultado fue el registro que a continuación se presenta. El desarrollo de registros de enfermería se centra en su uso como vehículos para el almacenamiento e intercambio de información. Los beneficios del registro son claros e incluyen, entre otros, mejorar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención. Los registros de cuidados para los pacientes atendidos en un laboratorio de electrofisiología varían de un hospital a otro; en este sentido, sería interesante llegar a un consenso entre hospitales sobre los ítems mínimos que ha de registrar la enfermera en el laboratorio de electrofisiología.

© 2010 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Nursing healthcare records of patients treated in an electrophysiology laboratory

A B S T R A C T

Nursing healthcare records are an essential communication system throughout medical units and are a professional necessity. There are some critical success factors in developing these records, including time spent to record the information related to patient healthcare and usefulness of the recorded information in terms of impact on communication and continuity of patient healthcare.

Keywords:

Nursing healthcare records

Nursing report

Electrophysiology laboratory

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmariafdez@yahoo.es (J.M. Fernández-Pérez).

1889-898X/\$ – see front matter © 2010 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.carcor.2011.04.007

The goal was to develop a nursing healthcare record in the electrophysiology laboratory of the Virgen del Rocío University Hospital, suited to the characteristics of this unit using specified quality criteria.

The outcome was the record presented below. Development of nursing healthcare records focus on their use as a resource in order to store and interchange information. The benefits are evident and include, among others, patient safety and continuity of care. Healthcare records of patients treated in an electrophysiology laboratory vary from one hospital to another; therefore it would be interesting to reach a consensus between hospitals on minimum items to be included by nursing staff in an electrophysiology laboratory.

© 2010 SAC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Históricamente, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros argumentando principalmente la falta de tiempo que tienen para registrar, considerándolo como un asunto al margen de la debida atención al paciente¹. Sin embargo, hoy en día ningún profesional de enfermería pone en duda que los registros son un sistema de comunicación imprescindible en toda unidad, constituyendo una necesidad profesional. La clave para no considerar el registro de enfermería como un trámite burocrático que lleva tiempo y que lo resta de la atención a pie de cama reside en comprender los diversos propósitos de los registros de enfermería y la manera en que respaldan la atención; sólo así se obtendrán documentos de enfermería efectivos y experimentados como imprescindibles en la práctica de la enfermería².

Actualmente el debate debe centrarse en unos aspectos fundamentales que podrían considerarse factores críticos de éxito: la facilidad y el tiempo empleado en el registro de la información relativa a los cuidados y la utilidad de la información registrada en términos de impacto en la comunicación y continuidad en la atención del paciente³. En relación a la utilidad, lograr que los registros apoyen de manera activa la práctica enfermera constituye un reto para los profesionales de enfermería. Los aspectos a registrar son complejos y llevan tiempo pero, en realidad, muchas veces se repiten anotaciones de los cuidados y observaciones de rutina, y por ello no se registran importantes observaciones u otros aspectos del cuidado¹. A ello hay que añadir el formato utilizado, debiendo considerar siempre los que ahorran tiempo y presentan datos concisos. Es preciso examinar lo que es verdaderamente importante en un determinado registro, puesto que no se trata de escribir lo máximo posible, ni duplicar información, sino de registrar solamente aquello que sea necesario y relevante, aportando valor al conjunto de profesionales que atienden al paciente.

Los registros de cuidados básicos para pacientes en unidades de hospitalización convencional han sido extensamente trabajados en los últimos años¹. Pero además de las unidades estándar de hospitalización, existen unidades especiales en las que son necesarios registros adecuados a las características de dichas unidades. Son principalmente unidades donde se efectúan procedimientos diagnósticos o terapéuticos, al margen de los quirófanos convencionales, como el caso que nos ocupa: procedimientos efectuados en el laboratorio de electrofisiología cardiaca. A pesar de una todavía escasa documentación enfermera, se trata de unidades que precisan

que para cada paciente atendido se registre, en un único documento y de forma ágil, clara y concisa, la valoración, la planificación, la intervención y la evaluación de los cuidados llevados a cabo por el equipo de profesionales de enfermería que lo atienden. Y ello, bajo criterios de calidad que han de ser comunes a cualquier tipo de registro independientemente de la unidad donde se implanten^{3,4}:

- El centro de todo registro debe ser el paciente y los datos pertinentes que aseguren la seguridad en la atención al paciente y la continuidad de cuidados.
- Debe satisfacer requerimientos legales y profesionales. Por ello, ha de proporcionar información sobre la función independiente y la interdependiente.
- La estructura de las anotaciones debe estar constituida de forma que queden claros tanto el proceso como el resultado para todos los cuidados.
- Proporcionar una estructura que evite documentación enfermera incompleta o repetitiva que permita optimizar el tiempo dedicado a registrar los cuidados.

Nuestro laboratorio participaba de la escasa tradición de registro mencionada anteriormente y común a determinadas unidades especiales. Concretamente en nuestro laboratorio solamente se registraban las actuaciones llevadas a cabo en un procedimiento específico (ablación de venas pulmonares) recogiendo datos relacionados con la valoración fisiológica y con la administración del tratamiento médico: constantes vitales, determinadas valoraciones, entradas y salidas, y administración de medicamentos. Estos datos se recogían en una gráfica de cuidados intensivos, no específica para el laboratorio. Para el resto de procedimientos, aunque no se registraban estos aspectos, sí se indicaban en la historia del paciente los cuidados a seguir en la unidad de hospitalización tras el procedimiento, básicamente control del apósito compresivo e indicación de retirada del mismo a determinada hora, salvo complicaciones. Sin duda, eran registros deficientes que no contemplaban todos los datos necesarios. Creemos que el tratamiento intervencionista de las arritmias cardiacas precisa disponer de instrumentos que garanticen una adecuada continuidad de cuidados para todos los procedimientos y en el que se aborden no solo determinados datos sino todos los necesarios.

Objetivo

Elaborar un registro de cuidados para el laboratorio de electrofisiología (LEF) del Hospital Universitario Virgen del Rocío de

Sevilla adecuado a las características de esta unidad bajo los criterios de calidad especificados.

En el LEF se realizan estudios electrofisiológicos (EEF), procedimientos de ablación, implantación de desfibriladores automáticos (DAI) e implantación de monitores cardíacos insertables (holter subcutáneo), entre otros, excepcionalmente con anestesia general y habitualmente con sedación, con lo que las exigencias de una estrecha valoración, control y detección recaen en la profesionalidad del equipo de enfermería que lo atiende.

Métodos

Constitución de un grupo de trabajo integrado por los enfermeros y la técnico en cuidados de enfermería del laboratorio del mencionado hospital, cuyo objetivo fue elaborar un registro adecuado a las características del LEF y acorde a los criterios de calidad especificados que debe reunir cualquier registro de cuidados. Teniendo en cuenta las características del laboratorio y los procedimientos que en éste se llevan a cabo, se llegó al consenso de una serie de apartados que debía contener el registro.

Para la elaboración del registro se tuvieron en cuenta los aspectos que anteriormente se registraban en el LEF en un soporte no específico y tan sólo para algunos procedimientos, la opinión de los profesionales del laboratorio y la revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda de la literatura relacionada con los sistemas de registros enfermeros en general y específicamente relacionados con los laboratorios de electrofisiología. De este aspecto, la mayor parte de la documentación se obtuvo de manuales especializados⁵, de los que se han estudiado los apartados o capítulos sobre los cuidados intraprocedimientos donde específicamente se abordan las valoraciones e intervenciones de enfermería que se llevan a cabo.

Resultados

La elaboración del registro (figs. 1 y 2) consta de:

- *Logotipo para la identificación* del servicio de salud y del hospital.
- Datos de *filiación* del paciente. *Fecha* del procedimiento y orden en el parte del laboratorio. *Nombre* del procedimiento.
- *Verificación Preparación EEF/Ablaciones/Implantes DAI*. Apartado a cumplimentar por la enfermera de hospitalización del turno de noche. Este apartado es fruto de un análisis y estudio de las causas que originan suspensión o retraso de procedimientos programados en nuestro ámbito. Entre estas causas, en nuestro laboratorio figuran falta de pruebas complementarias necesarias, la no suspensión de determinados tratamientos médicos (anticoagulación, antiarrítmicos, etc.) o inadecuada preparación del paciente. Por ello, este registro se entrega a la enfermera responsable del paciente el día anterior al procedimiento para la verificación de la preparación por la enfermera de hospitalización del turno de noche, constituyendo así una medida para evitar suspensiones y retrasos de procedimientos programados.

- *Nombre del profesional de enfermería* que realiza la recepción y acogida del paciente en el laboratorio.
- *Verificación de Seguridad*. Actualmente, la necesidad de impulsar y favorecer iniciativas dirigidas a la implementación de prácticas seguras constituye un tema de salud pública. Los estándares clave de seguridad raramente se siguen en su totalidad, pero los ítems a verificar mejoran su cumplimiento. Por ello, este apartado de verificación de seguridad contiene los ítems que consideramos fundamentales para mejorar la seguridad de los procedimientos realizados en el LEF y reducir así los eventos adversos evitables, adhiriéndonos así a la Organización Mundial de la Salud y su estrategia de la cirugía segura salva vidas.
- *Valoración Inicial Focalizada Preprocedimiento*. Al igual que los datos médicos son importantes para el componente interdependiente de la práctica, es esencial proporcionar una base para el componente independiente que se centra en la respuesta del paciente ante el estado de salud⁴. Basándonos en el método de valoración de Marjory Gordon y sus patrones funcionales de salud, realizamos una valoración focalizada con el objetivo de reunir información sobre problemas específicos que necesariamente hemos de valorar en el tipo de pacientes que atendemos en el laboratorio y en relación al tiempo que van a estar con nosotros. Para esta valoración, el paciente es la principal fuente de información, aunque también nos apoyamos en la valoración de datos básicos generales sobre los aspectos de salud del paciente que es realizada al ingreso por la enfermera referente del paciente en la unidad de hospitalización.
- *Gráfica*. Proporciona información concisa recogiendo datos relacionadas con la valoración fisiológica y con la administración del tratamiento médico. Básicamente constantes vitales, determinadas valoraciones, entradas y salidas, tratamientos y administración de medicamentos.
- *Diagnósticos de Enfermería - Criterios de Resultados - Intervenciones y Actividades/Problemas Interdisciplinares e Intervenciones y Actividades*. Constituiría el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de intervenciones basadas en un modelo de práctica clínica bifocal que diferencia los diagnósticos enfermeros de otros problemas tratados por las enfermeras, los problemas interdisciplinares o determinadas complicaciones fisiológicas controladas por las enfermeras para detectar su aparición o cambio en el estado de salud¹. Para facilitar, unificar y normalizar la práctica diaria de los cuidados enfermeros, se ha elaborado un plan de cuidados estandarizado (PCE) del paciente en el LEF que sirve de soporte y de guía para su posterior aplicación e individualización de los cuidados⁴. En el PCE se representan los diagnósticos de enfermería y problemas interdisciplinares cuya probabilidad de aparecer en el grupo de pacientes que se atienden en el LEF es muy elevada, ratificando la enfermera su presencia en cada uno de los pacientes e incorporando criterios de resultado para los diagnósticos de enfermería, los cuales podrán lograrse o mantenerse con las intervenciones independientes prescritas por enfermería; en cambio, para los problemas interdisciplinares el objetivo global es la estabilidad fisiológica^{1,4}. Con todo ello, se da un plan de cuidados que representa y refleja la práctica real, al mismo tiempo que ayuda a delimitar y definir el marco de la práctica incorporando los sistemas

estandarizados de lenguaje enfermero (NANDA, NIC, NOC): diagnósticos enfermeros de la NANDA, clasificación de resultados de enfermería (NOC) y clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)⁶⁻⁸.

- *Evolución de Cuidados.* Apartado para registrar en formato de narración la aparición de nuevos problemas o situaciones de urgencia, las intervenciones llevadas a cabo para tratarlos y cómo está respondiendo el paciente.



Registro de Cuidados Laboratorio de Electrofisiología
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Unidad de Electrofisiología y Arritmias

Nombre y apellidos _____

Etiqueta Identificativa

NUHSANº Historia _____

Fecha del procedimiento ____/_____/201__

Cama_____/__

Orden en el parte del Laboratorio _____

Procedimiento																
Verificación Preparación EEF/Ablaciones/Implantes DAI																
Electrocardiograma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Peso y Talla	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si											
Perfil Cardíaco y Estudio de Coagulación	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Rasurar ambas ingles y tórax	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si											
RX: PA y L de Tórax	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Ayunas desde las 23 horas día anterior	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si											
Actualización tratamiento médico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	(excepto medicación oral incluida la del desayuno)													
Nombre Enfermera/o de hospitalización <i>(turno de noche)</i> _____																
Recepción y Acogida del Paciente																
Presentación de los profesionales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si														
Identificación del paciente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si														
Verificación de Seguridad																
El paciente confirma su identidad	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si														
Alergias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	a _____													
Prótesis dental	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Entregada a _____													
Consentimiento informado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si														
Profilaxis antibiótica en últimos 60 min.	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> Si	Extracción compresa bolsillo DAI	<input type="checkbox"/> No procede	<input type="checkbox"/> Si											
Valoración Inicial Focalizada Preprocedimiento																
ACTIVIDAD/EJERCICIO	RESPIRACIÓN	COGNITIVO/PERCEPTUAL		AUTOPERCEPCIÓN												
<input type="checkbox"/> Autónomo	<input type="checkbox"/> Sin dificultad	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Tranquilo													
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda	<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Inquietud													
<input type="checkbox"/> Dificultad para moverse		<input type="checkbox"/> Obnubilado	<input type="checkbox"/> Temor verbalizado													
			<input type="checkbox"/> Llanto													
Gráfica																
FR	Tª	FC	PA													
80	40	180	200													
70	19	160	180													
60	38	140	160													
50	37	120	140													
40	36	100	120													
30	35	80	100													
20	34	60	80													
10	33	40	60													
Sat. O2																
ACT																
Medicación																
Aportes																
Perdidas																

figura 1 y 2-(Continuación)

Diagnósticos de Enfermería	Criterios de Resultados	Intervenciones y Actividades								
<input type="checkbox"/> Ansiedad r/c el procedimiento m/p preocupación Escala Likert1: Nunca demostrado 2: Raramente demostrado 3: A veces demostrado 4: Frecuentemente demostrado 5: Siempre demostrado	NOC: 1402 Autocontrol de la ansiedad Controla la respuesta de ansiedad <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table> Busca información para reducir la ansiedad <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table>	NOC INICIAL		NOC FINAL		NOC INICIAL		NOC FINAL		NIC: 5820 Disminución de la ansiedad <input type="checkbox"/> Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. <input type="checkbox"/> Explicar todo el proceso, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. <input type="checkbox"/> Permanecer con el paciente para proporcionar seguridad y reducir el miedo.
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
<input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes: cuidados postprocedimiento r/c falta de exposición m/p demanda de información Escala Likert1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	NOC: 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos Descripción del procedimiento terapéutico <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table> Descripción restricciones relacionadas procedimiento <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table>	NOC INICIAL		NOC FINAL		NOC INICIAL		NOC FINAL		NIC: 5618 Enseñanza: procedimiento/ttº <input type="checkbox"/> Describir las actividades posteriores al procedimiento y el fundamento de las mismas. <input type="checkbox"/> Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. <input type="checkbox"/> Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
Problemas Interdisciplinarios										
<input type="checkbox"/> Lesión perioperatoria Escala Likert1: Ninguno 2: Escaso 3: Moderado 4: Sustancial 5: Extenso	Objetivo: Prevenir y/o detectar y/o tratar precozmente la aparición de signos-síntomas de: NOC: Conocimiento: seguridad personal Descripción de las medidas para reducir el riesgo de lesiones accidentales <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table>	NOC INICIAL		NOC FINAL		NIC: 2920 Precauciones quirúrgicas <input type="checkbox"/> Verificar el correcto funcionamiento de los equipos. <input type="checkbox"/> Aplicar la placa de toma a tierra en una parte de la piel que esté seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación. NIC: 5618 Enseñanza: procedimiento/ttº <input type="checkbox"/> Enseñar al paciente cómo cooperar/participar durante el procedimiento/ttº, si procede.				
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
<input type="checkbox"/> Dolor Escala Likert (1): 1: Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4: Leve 5: Ninguno Escala Likert (2): 1: No del todo satisfecho 2: Algo satisfecho 3: Moderadamte. satisfecho 4: Muy satisfecho 5: Completamte. satisfecho	NOC: 2102 Nivel del dolor (1) Dolor referido <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table> NOC: 2100 Nivel de comodidad (2) Control del dolor <table border="1"> <tr><td>NOC INICIAL</td><td></td></tr> <tr><td>NOC FINAL</td><td></td></tr> </table>	NOC INICIAL		NOC FINAL		NOC INICIAL		NOC FINAL		NIC: 1400 Manejo del dolor <input type="checkbox"/> Vigilar tipo, características e intensidad del dolor. <input type="checkbox"/> Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede. NIC: 2300 Administración de medicación <input type="checkbox"/> Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
NOC INICIAL										
NOC FINAL										
<input type="checkbox"/> Efectos de la sedación	NIC: 2260 Manejo de la sedación <input type="checkbox"/> Administrar medicación según prescripción médica o protocolo y de acuerdo con la respuesta del paciente. <input type="checkbox"/> Comprobar el nivel de conciencia y los signos vitales del paciente, saturación de O2 y ECG. <input type="checkbox"/> Observar si se producen efectos adversos como consecuencia de la medicación. <input type="checkbox"/> Asegurar la disponibilidad y administración antagonistas, si procede, de acuerdo con prescripción médica o protocolo. NIC: 6650 Vigilancia									
<input type="checkbox"/> Infección	NIC: 6545 Control de infecciones: intraoperatorio									
Evolución de Cuidados										
		Nombre Enfermera/o								
		Nombre Enfermera/o								
		Nombre TCE								
Dispositivos/Cuidados Post-procedimiento										
EEI/Ablación										
Compresión venosa femoral										
<input type="checkbox"/> Derecha a las _____ horas	Retirar a las _____ horas, si procede									
<input type="checkbox"/> Izquierda a las _____ horas	Retirar a las _____ horas, si procede									
Compresión arterial femoral										
<input type="checkbox"/> Derecha a las _____ horas	Retirar a las _____ horas, si procede									
<input type="checkbox"/> Izquierda a las _____ horas	Retirar a las _____ horas, si procede									
Compresión arterial radial										
<input type="checkbox"/> Derecha a las _____ horas	Retirar a las _____ horas, si procede									
<input type="checkbox"/> Izquierda a las _____ horas	Retirar a las _____ horas, si procede									
DAI										
<input type="checkbox"/> Hielo sobre herida quirúrgica durante 24 horas										
<input type="checkbox"/> Inmovilización hombro izquierdo con vendaje tipo Payr durante 24 horas										
Acompañamiento a la habitación realizado por: Nombre Enfermera/o										

figura 1 y 2

También en este apartado estarían otros datos significativos que la enfermera considere oportunos, huyendo de valoraciones e intervenciones de rutina o repetitivas. Incluye apartado para registrar el nombre y apellidos del equipo de

profesionales de enfermería que han atendido al paciente en el laboratorio.

- **Cuidados Post-procedimiento.** Incluye cuidados protocolizados para EEI/Ablaciones y para DAI, y firma de la enfermera que

acompaña al paciente a la habitación. Este último apartado está concebido como un pequeño informe de continuidad de cuidados para garantizar la continuidad de cuidados coordinando las distintas unidades que intervienen sobre un paciente, con el objetivo último de favorecer la comunicación entre enfermeras para conseguir un cuidado integral y continuado del paciente.

Discusión

La atención sanitaria cada vez más compleja y los flujos de trabajo multidepartamentales y/o multidisciplinares precisan una adecuada coordinación para la atención de los pacientes que ha de basarse en el intercambio y en la transferencia de información. Los beneficios del registro de enfermería son claros, e incluyen mejorar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención^{2,4,9,10}.

Los registros de enfermería documentan nuestra práctica asistencial, presentando resultados obtenidos o proporcionando evidencia de actividades desempeñadas, satisfaciendo así requerimientos legales y profesionales, y dejando constancia de la responsabilidad de la enfermería hacia el paciente y la profesión^{4,10}.

La inclusión de la nomenclatura NANDA-NIC-NOC en los registros de enfermería aporta un conocimiento base y un lenguaje estandarizado⁹.

La elaboración de registros ágiles, claros y concisos es posible si se incluyen en ellos datos de enfermería estructurados y se sigue una recogida de información sistematizada, con registro gráfico y estandarización de los cuidados, eliminando la presencia de anotaciones rutinarias o repetitivas y limitando el uso de las notas sobre evolución, que deberían contener solamente datos o hechos significativos no contemplados en el resto del registro^{1,4,10}.

Los registros de cuidados para los pacientes atendidos en un laboratorio de electrofisiología varían de un hospital a otro; en este sentido, sería interesante llegar a un consenso entre hospitales sobre los ítems mínimos que ha de registrar la enfermera en el laboratorio de electrofisiología¹⁰.

Agradecimiento

A Socorro Iglesias Guerra, Jefa de Bloque de la Unidad Clínica del Área del Corazón, por su estímulo y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito LJ. *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana; 1994.
2. Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Saletnik LA, Niedlinger MK, Wilson M. Nursing resource considerations for implementing an electronic documentation system. *AORN Journal*. 2008;87:585-96.
4. Wesorick B. *Estándares de calidad para cuidados de enfermería*. Barcelona: Doyma; 1993.
5. Grupo de trabajo de enfermería en electrofisiología y estimulación cardíaca. *Manual de Enfermería en Estimulación Cardíaca y Dispositivos Implantables*. Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2010.
6. NANDA-I. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008*. Madrid: Elsevier; 2008.
7. McCloskey Dochterman J, Bulechek G, editores. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M, editores. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
9. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2009;20:9-15.
10. Tiisanen TS, Junttila K, Leinonen T, Salanterä S. The Validation of AORN Recommended Practices in Finnish Perioperative Nursing Documentation. *AORN Journal*. 2010;91:236-47.