

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN UN LABORATORIO DE ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA CARDIACA

Autores

Rodríguez Cervilla J.A. DUE. Granada.*

Figueras López M. DUE. Unidad de Arritmias, Hospital "Virgen de las Nieves". Granada. **

RESUMEN

Objetivos: 1. - Identificar los Diagnósticos de Enfermería y las Complicaciones Potenciales empleados en el laboratorio de electrofisiología clínica cardiaca. 2.- Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado.

Material y métodos: Estudio descriptivo de tipo retrospectivo. Muestra: Los 164 pacientes sometidos a estudio electrofisiológico pertenecientes al año 2000. Para la recogida de datos se utilizaron los registros de enfermería existentes. A partir los datos recogidos se identificaron los Diagnósticos de Enfermería y las Complicaciones Potenciales existentes, y se elaboró el Plan de Cuidados Estandarizado, siguiendo el Modelo de Carpenito y utilizando la taxonomía NANDA.

Resultados: Se identificaron 8 Diagnósticos de Enfermería, de los cuales 5 eran de riesgo, y 7 Complicaciones Potenciales.

Conclusiones: La elaboración de un Plan de Cuidados Estandarizado permite prestar unos cuidados de calidad que pueden ser llevados a cabo por cualquier enfermero/a.

Palabras claves: Diagnóstico de Enfermería, Plan de Cuidados, Estudio Electrofisiológico, Cuidados Enfermeros, Arritmia.

Nursing Diagnoses In A Laboratory Of Clinical Cardiac Electrophysiology

Goals: 1.- To identify nursing diagnoses and potential complications used in the laboratory of clinical cardiac electrophysiology. 2.- To create a standardized care plan.

Material and methods: A retrospective observational descriptive study. Sample: The 164 patients who underwent electrophysiological study in the year 2000. The existing nursing records were used for the collection of data. Having gathered these data the nursing diagnoses and the existing potential complications were identified and the standardized care plan was made, following the Carpenito's model and using the NANDA taxonomy.

Results: 8 nursing diagnoses, of which 5 were risk diagnoses, were identified together with 7 potential complications.

Conclusions: The setting up of a standardized care plan enables all nurses to delivery a standard high level of care.

Key words: *Nursing diagnosis, standardized care plan, electrophysiological study, nursing care, arrhythmia.*

(Rev Enferm Cardiol 2003; 30:39-44)

. DUE. Granada.

. DUE. Unidad de Arritmias, Hospital "Virgen de las Nieves". Granada.

Introducción

En el laboratorio de electrofisiología clínica cardiaca se llevan a cabo estudios electrofisiológicos (EEF), los cuales son una exploración invasiva destinada al estudio de las arritmias cardiacas. Para ello se utilizan registros de superficie y registros intracavitarios para medir y analizar los tiempos de activación y así obtener el diagnóstico y tratamiento de las arritmias cardiacas.¹ Permite conocer el tipo y gravedad de las arritmias, el lugar del corazón donde se originan y los trastornos que producen.¹

Nos planteamos la necesidad de la aplicación del método científico con el fin de prestar al paciente unos cuidados integrales y de calidad.

La introducción de una dinámica de actuación en enfermería basada en la metodología científica que favorezca el cuidado de acuerdo a unos criterios sólidos, facilitará el trabajo enfermero diario y beneficiará la investigación en el terreno clínico para mejorar la calidad asistencial.²

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), el cual nos garantiza mediante su aplicación unos cuidados enfermeros de calidad. Este método permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. La primera etapa de este método (valoración) esta basada principalmente en una correcta recogida de datos para detectar y analizar los problemas de la persona. En el laboratorio se cuenta con unos registros de enfermería en los que se recogen los principales datos acerca del estado del paciente. Con estos registros se puede realizar una valoración del paciente. Sin embargo las demás etapas del P.A.E. no son registradas de forma ordenada y sistematizada, se anotan cuidados realizados sin una estructuración lógica y en muchas ocasiones no quedan reflejados en ningún lugar. Se prestan pues unos cuidados de enfermería que no son registrados y evaluados para determinar si verdaderamente se están proporcionando unos cuidados de calidad.

Dadas las características similares, por padecer problemas previsibles relacionados con el estudio y tratamiento de las arritmias cardiacas, de los diversos pacientes que pasan por el laboratorio, proponemos la utilización de un plan de cuidados estandarizado con modificaciones. Al ser estandarizado se trata de un protocolo específico de cuidados apropiado para nuestros pacientes, a la vez que nos permite la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.³

El elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado nos permite que los distintos profesionales enfermeros que presten sus servicios en la unidad de arritmias sigan unas mismas directrices y cuenten con una guía para desarrollar correctamente su trabajo.

En nuestro estudio se han revisado todas las historias pertenecientes al año 2000, para identificar los problemas más frecuentes en el laboratorio de electrofisiología y diferenciar entre ellos los Diagnósticos de Enfermería

y las Complicaciones Potenciales.

Hemos encontrado en la bibliografía diversos estudios en los que se desarrollan planes de cuidados⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹², los cuales nos han servido de base para el desarrollo de nuestro estudio, aunque ninguno relativo a los pacientes sometidos a estudio electrofisiológico.

La necesidad de emplear una taxonomía formal nos lleva a la utilización de los diagnósticos de enfermería de la NANDA4 (North American Nursing Diagnosis Association).

De los distintos modelos de cuidados consultados se ha elegido el Modelo Bifocal de Enfermería Clínica de Carpenito⁵. Este modelo presenta Diagnósticos de Enfermería y Complicaciones Potenciales. Este modelo se corresponde con el desarrollo de la actividad profesional que desarrolla la enfermera en el laboratorio de electrofisiología en el cual toma decisiones independientes con respecto tanto a las Complicaciones Potenciales como a los Diagnósticos de Enfermería.

Los objetivos que nos planteamos en nuestro estudio son:

1. Identificar los Diagnósticos de Enfermería y las Complicaciones Potenciales empleados en el laboratorio de electrofisiología clínica cardiaca.
2. Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado de acuerdo con los Diagnósticos de Enfermería y las Complicaciones Potenciales identificadas en el laboratorio de electrofisiología clínica cardiaca.

Material y Método

Se realiza un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, el cual se ha llevado a cabo en el laboratorio de electrofisiología clínica cardiaca de la Unidad de Arritmias del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, sobre las 164 historias clínicas de pacientes sometidos a EEF pertenecientes al año 2000.

A partir de los registros de enfermería existentes, en los que se hacía una recogida de datos del paciente a su ingreso y de las necesidades y problemas detectados durante el EEF, se procedió a la identificación de los Diagnósticos de Enfermería y las Complicaciones Potenciales. Para esta identificación se revisaron todas las historias individualmente.

Se extrajeron aquellos datos de los registros de enfermería de interés para la posterior identificación de Diagnósticos de Enfermería y Problemas Potenciales, ya que los registros no habían sido diseñados exclusivamente para una valoración enfermera y había datos que no eran relevantes para el estudio.

Una vez identificados los problemas reales y potenciales de salud de cada paciente y siguiendo el Modelo Bifocal de Enfermería Clínico⁵ se dividieron estos problemas en Diagnósticos de Enfermería o Problemas Interdisciplinarios, atendiendo a si la enfermera llevaba a cabo sus acciones para resolver el problema de salud de forma independiente (Diagnóstico de Enfermería) o no (Complicación Potencial). Los Diagnósticos de Enfermería presentes se han codificado ajustándose al listado propuesto por la Nanda4, por su parte para las Complicaciones Potenciales se han utilizado para su

codificación los propuestos por Carpenito ⁵.

Tras la identificación de los Diagnósticos de Enfermería y las Complicaciones Potenciales se procedió a la elaboración del Plan de Cuidados que consta de diagnósticos, objetivos e intervenciones.

Muestra:

La muestra del estudio estaba compuesta por los 164 pacientes de Granada, Almería y Jaén estudiados en el año 2000, de los cuales 108 fueron hombres y 56 mujeres, con una edad media de 50 ± 17 años ⁽¹⁷⁻⁷⁸⁾. Se realizaron un total de 272 estudios electrofisiológicos de los cuales 163 fueron diagnósticos y 109 terapéuticos.

Resultados

Los Diagnósticos de Enfermería y Problemas Interdisciplinarios que se han identificado son:

Temor relacionado con (r/c) entorno desconocido, falta de información, desarrollo y resultados del estudio, aparición de dolor, procedimientos invasivos manifestado por sentimientos de inquietud y activación del sistema nervioso autónomo. Ante un EEF todos los pacientes experimentan un cierto grado de temor manifestado verbalmente y por signos fisiológicos. Hemos tomado como dato significativo los pacientes que han necesitado de sedación por un estado de temor moderado-grave, siendo el valor de este dato 84 (51 % de la muestra).

Dolor r/c procedimientos invasivos, presión excesiva sobre la zona de punción, anestesia local no efectiva manifestado por comunicación verbal o corporal de los descriptores del dolor, expresión facial de dolor, posición antiálgica, alteración del tono muscular, respuestas autónomas (diaforesis, cambios de tensión arterial, respiración, pulso y dilatación pupilar). En los pacientes estudiados el dolor manifestado verbalmente y por signos fisiológicos se ha producido con diversa intensidad y duración. La localización ha sido en la zona de punción. Como dato significativo de dolor hemos tomado las reacciones vagues que se han producido a causa de éste, que han sido 4 (2,44%).

- Riesgo de infección r/c cateterismo. El riesgo de infección ha estado presente en todas las personas, ya que todas presentaban un aumento del riesgo de ser invadidos por microorganismos patógenos. No se ha producido ninguna infección (0%).
- Riesgo de infección r/c canalización vía venosa periférica. No se ha producido infección (0%).
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad en mesa de exploración. (0%).
- Riesgo de lesión r/c paso del paciente a la cama. No ha habido ningún caso de lesión (0%).
- Déficit de autocuidados: uso del WC r/c con inmovilidad en mesa de exploraciones. Por la situación del paciente en la mesa de exploraciones todos los pacientes han presentado de inicio en nuestra valoración esta incapacidad de acudir al WC (100%).
- Riesgo de alteración de la membrana mucosa oral en relación con disminución de la salivación secundaria a dieta absoluta por V.O. más de doce horas. No se han producido casos (0%).
- Complicación Potencial (CP): Obstrucción canales

sanguíneos r/c cateterismo. (0%).

- CP: Hemorragia r/c cateterismo cardiaco. (0%).
- CP: Formación de hematoma r/c lesión causada por introducción del catéter. Se han producido 5 hematomas no severos (3.05 %).
- CP: Shock anafiláctico r/c administración medicación. Se han producido 4 casos de alergia medicamentosa (2.44 %).
- CP: Arritmia r/c proceso del estudio electrofisiológico en el que se reproduce la arritmia para su estudio y tratamiento. Se ha precisado de cardioversión eléctrica en 34 pacientes (20.7 %).
- CP: Bloqueo AV r/c ablación con catéter mediante radiofrecuencia. Se han producido 3 bloqueos AV transitorios (1.82 %).
- CP: Retención urinaria. Ha habido que realizar 4 sondajes vesicales por retención urinaria (2.44%).

Plan de cuidados de enfermería:

DIAGNÓSTICO: Temor r/c entorno desconocido, falta de información, desarrollo y resultados del estudio, procedimientos invasivos, aparición de dolor.

OBJETIVOS:

- El paciente expresará su intranquilidad. Confiará en el personal y colaborará en lo que sea necesario.
- El paciente reconocerá sus temores, identificando los que son reales y los que no lo son.
- Manifestara un conocimiento preciso de la situación y una disminución del temor.

ACTIVIDADES:

- Presentarse al paciente a su ingreso. Mostrarle la sala de estudio. Diálogo empático y reflexivo.
- Preguntar acerca de la información recibida sobre la exploración a realizar y complementarla en el caso de que haya dudas o déficit de información del paciente.
- Animarle a que nos plantee sus dudas y responder a cualquier pregunta que se le pueda presentar, sobre la exploración, técnicas a realizar, lugares de estancia, personal que le va a cuidar, resultado de la intervención, contactos con su familia. Valorar el grado de temor y la amenaza percibida por el paciente.
- Permanecer junto al paciente, proporcionando apoyo psicológico, intentando tranquilizarlo en momentos de tensión o decaimiento.
- Si es necesario se administrará medicación ansiolítica o sedación. La utilizada habitualmente es Midazolam.

DIAGNÓSTICO: Dolor r/c procedimientos invasivos, presión excesiva sobre la zona de punción, anestesia local no efectiva, manifestado por comunicación verbal o corporal de los descriptores del dolor, expresión facial de dolor, posición antiálgica, alteración del tono muscular, respuestas autónomas (diaforesis, cambios de tensión arterial, respiración y pulso, dilatación pupilar).

OBJETIVO:

- El paciente expresará o demostrará un malestar mínimo o ausencia de dolor.

ACTIVIDADES:

- Explicar las posibles causas de dolor e informar sobre las incomodidades y sensaciones que sentirán y su duración.
- Realizar valoración objetiva del dolor y registrar sus características: localización, intensidad y duración.
- Comprobación de la efectividad de la anestesia local.
- Enseñanza de un método de distracción durante un dolor agudo.
- Administración de medicación si fuese necesario y según indicaciones médicas.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección r/c cateterismo cardiaco.

OBJETIVO:

- El paciente no mostrará signos de infección posteriores al E.E.F. atribuibles a su estancia en el laboratorio de electrofisiología.

ACTIVIDADES:

- Explicación al paciente del proceso a realizar.
- Lavado de manos y utilización de guantes.
- Preparación del material necesario para la intervención en mesa auxiliar: electrocatéteres, conectores, catéter de ablación (si es necesario), introductores de catéteres, jeringas, hojas de bisturí, distintos tipos de agujas, anestésico local, ropa estéril para campo, antiséptico para la piel, gasas, suero heparinizado...
- Preparación de las zonas de punción con rasurado, lavado y solución antiséptica. Preparación del campo estéril.
- Mantenimiento de la técnica estéril en todo momento.
- La canalización de vena cefálica o basílica para registro de seno coronario la realiza la enfermera, lo que representa la utilización de una correcta técnica estéril.
- Al finalizar la técnica se retirarán los introductores haciendo compresión de la zona, en primer lugar manual y posteriormente con vendaje compresivo.
- Perfecta limpieza de todo el espacio físico y aparataje que se encuentra en el laboratorio de electrofisiología.

DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección r/c canalización vía venosa periférica.

OBJETIVO:

- El paciente no mostrará signos de infección locales en el punto de inserción del catéter.

ACTIVIDADES:

- Explicación al paciente del proceso a realizar.
- Lavado de manos y uso de guantes.
- Canalización con técnica aséptica y conexión a sistema de perfusión de suero glucosalino.

DIAGNÓSTICOS: Riesgo de lesión r/c paso del paciente a la cama.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad en mesa de exploración.

OBJETIVOS:

- El paciente no sufrirá deterioro de la integridad cutánea ni ningún tipo de lesión.

ACTIVIDADES:

- Recibir al paciente, valorando fuerza muscular y coordinación motora.
- Máxima precaución al realizar el traslado del paciente de la cama a la mesa de exploración y viceversa.
- Aplicar las técnicas de inmovilización adecuadas a la hora de colocar al paciente en la mesa de exploración. Es importante la colaboración del paciente si está en disposición de ayudar.
- Colocar al paciente en la postura necesaria para la exploración, manteniendo una correcta alineación corporal, cuidando de que pueda respirar de forma correcta y protegiendo las zonas susceptibles de isquemia, contracturas y lesiones.

DIAGNÓSTICO: Déficit de autocuidados: uso del orinal / WC r/c con inmovilidad en mesa de exploraciones.

OBJETIVOS:

- El paciente identificará la necesidad de utilizar el orinal cuando lo precise.
- No se producirán complicaciones relacionadas con la retención de líquidos.

ACTIVIDADES:

- Informar al paciente a su llegada que la exploración puede durar varias horas, en las cuales deberá permanecer inmóvil en la mesa de exploración, por lo que si siente necesidad de orinar, avise de inmediato a la enfermera y no intente contenerse.
- Proporcionar a demanda el orinal, preservando la intimidad del paciente.
- Anotar la diuresis cada vez que se produce una eliminación.
- Evaluar distensión abdominal, ya que puede ser necesaria la colocación de una sonda uretral. El paciente está siendo perfundido con suero glucosalino por lo que se puede producir un exceso de volumen de líquidos.

DIAGNOSTICO: Alteración de la membrana mucosa oral r/c disminución de la salivación secundaria a dieta absoluta por V.O. más de seis horas, o producida por efecto de medicación administrada.

OBJETIVO:

- Mucosas, lengua y labios están sonrosado, húmedos e intactos.

- El paciente no sentirá sequedad en la mucosa oral.

ACTIVIDADES:

- Comprobar periodo de ayunas y líquidos que se le han administrado.
- Valorar estado mucosas, lengua y labios.
- Administrar solución glucosalina vía I.V. para evitar deshidratación.
- Humedecer labios y boca, administra lubricante si es necesario.

CP: Obstrucción canales sanguíneos r/c cateterismo.

OBJETIVO:

- El paciente mantendrá una estabilidad hemodinámica.

ACTIVIDADES:

- Comprobar que el paciente conoce los riesgos que presenta el estudio, entre los que se encuentra la perforación cardiaca con taponamiento, sin transmitirle sensaciones negativas.
- Control de constantes vitales (TA, FC y FR) y trazado EGC mientras dure el EEF.
- Control del dolor y nivel de conciencia.
- Observar recorrido de los catéteres durante su colocación mediante radiología por si ocurre algún incidente.
- Proporcionar material para realizar pericardiocentesis, si fuese necesario.
- Administrar medicación según indicaciones.
- Tener preparado el desfibrilador y los fármacos de urgencia.
- Anotación de cualquier complicación en Registro de Enfermería.

CP: Shock anafiláctico r/c administración de medicación.

OBJETIVO:

- Controlar la aparición de reacción alérgica medicamentosa.

ACTIVIDADES:

- Revisar Hª Clínica en busca de cualquier alergia y preguntar al paciente si ha tenido algún tipo de reacción alérgica.
- Decir al paciente que advierta rápidamente sobre cualquier cambio de sensibilidad que experimente.
- Observar aparición de signos o síntomas de reacción alérgica durante la administración de fármacos.
- En caso de reacción alérgica medicamentosa administrar fármacos y proporcionar apoyo psicológico.

CP: Hemorragia r/c cateterismo cardiaco.

OBJETIVOS:

- Controlar la aparición de hemorragia.
- Reducir la hemorragia en el caso de que se produzca.

ACTIVIDADES:

- Supervisar Hª Clínica (comprobar grupo sanguíneo e identificar pacientes con mayor riesgo de hemorragia).
- Vigilar introducción catéteres por si hay una pérdida excesiva de sangre durante la canalización.
- Ejercer presión sobre la zona de punción, con control de tiempo, una vez retirados los introductores.
- Controlar signos y síntomas de hemorragia mediante monitorización de TA, FR y frecuencia y regularidad del pulso, a intervalos frecuentes. Observar estado de la piel (fría, pálida o cianótica).
- Valorar posible estado de inquietud, agitación, disminución de la capacidad mental, lo cual puede ser indicativo de hemorragia.
- Controlar el estado circulatorio en el miembro distal, en el área más próxima a la zona de inserción.
- Controlar diuresis.
- Administrar líquidos para evitar hipovolemia

- Administrar transfusión en caso de hemorragia considerable.

CP: Formación de hematoma r/c lesión producida por introducción de catéter.

OBJETIVOS:

- Controlar la aparición de hematoma.
- Reducir las complicaciones en el caso de que se produzca hematoma.

ACTIVIDADES:

- Examinar zona de punción en busca de cambio de coloración o hematoma.
- En caso de aparecer hematoma informar al paciente que puede aumentar en los 2 o 3 próximos días.
- Palpar suavemente el hematoma para valorar su tamaño. El aumento de tamaño puede indicar hemorragia.
- Ejercer presión sobre la zona de punción una vez retirados los introductores controlando el tiempo de presión. Curar y colocar apósito en la zona. Colocar vendaje compresivo
- Buscar parestesias, vigilar color y temperatura del miembro distal a la zona de punción.
- Informar al paciente del tiempo que tiene que estar en reposo, así como de los cuidados que debe seguir para reducir el hematoma.

CP: Arritmia r/c proceso del estudio electrofisiológico en el que se reproduce la arritmia para su estudio y tratamiento.

Bloqueo AV no deseado r/c Ablación con catéter mediante radiofrecuencia.

OBJETIVO:

- Controlar y minimizar los síntomas de arritmias.
- Controlar y minimizar los síntomas de bloqueo AV.

ACTIVIDADES:

- Supervisar Hª Clínica. Comprobar tipo de arritmia sobre la cual se va a realizar el estudio electrofisiológico.
- Control de constantes vitales (TA, FC y FR) y trazado EGC mientras dure el EEF. Observar aparición de palpitaciones.
- Control de dolor, prestando especial atención al dolor torácico. Control del nivel de conciencia.
- Observar atentamente en momento de ablación, si se produce bloqueo AV no deseado y dejar de emitir RDF.
- Durante el E.E.F. se reproduce la arritmia a estudiar, por lo que se deberá informar al paciente en el momento que se va a reproducir la arritmia para que esté preparado. Es muy importante el apoyo psicológico, ya que la situación que experimentan es muy desagradable.
- Identificar arritmias provocadas no toleradas.
- Tener preparado el desfibrilador y los fármacos de urgencia. Realizar cardioversión si precisa.

CP: Retención urinaria r/c estrés o miedo, disminución de la atención a las sensaciones vesicales, barreras ambientales, cama demasiado alta, falta de intimidad.

OBJETIVO:

- Controlar y minimizar la aparición de retención urinaria.

ACTIVIDADES:

- Control de diuresis y anotación en gráfica.
- Vigilar aparición de distensión abdominal.
- Proporcionar ambiente tranquilo y relajado, preservando la intimidad.
- Valor necesidad de sondaje vesical.

DISCUSIÓN.

La mayor parte de los Diagnósticos de Enfermería identificados son de riesgo, lo que nos permite planificar unos cuidados para reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir que se produzca el problema y controlar el inicio del problema. También se han identificado un gran número de Problemas Interdisciplinarios, lo que nos permite controlar los cambios de estado del paciente y manejar los cambios de estado de salud de forma rápida y efectiva.

En el diagnóstico de temor, aunque en los registros de enfermería se recogen datos relativos a manifestaciones verbales y fisiológicas de temor, no se ha podido determinar con exactitud el grado que presentaba cada paciente. Por esta razón hemos tomado como dato relevante la necesidad de sedación al presentar el paciente un estado de temor bastante significativo. Esta situación nos lleva a la necesidad de implantar en la valoración una escala que nos permita determinar con exactitud el grado de temor que presenta el paciente, para así actuar individualmente en cada paciente.

En el caso del diagnóstico de dolor nos ha ocurrido algo similar al diagnóstico de temor, ya que carecíamos de una escala de valoración del dolor. Por este motivo sería necesaria la implantación de una escala en la unidad, que nos permitiera registrar de forma fiable las características de dolor que presenta el paciente.

Es muy importante destacar que en los diagnósticos de riesgo no se ha producido ningún caso de infección, de lesión, deterioro de la integridad cutánea o alteración de la mucosa oral. Estos buenos resultados son consecuencia de la planificación de unas actividades enfermeras centradas

en la prevención de la aparición de problemas reales.

Las complicaciones totales que se han producido han sido del 12%, todas ellas menores, sin dejar secuelas permanentes ni prolongar la estancia. Estos buenos resultados confirman que los cuidados de enfermería son importantes y necesarios para asegurar la buena marcha del procedimiento y el bienestar del paciente.

CONCLUSIONES.

La elaboración del estudio nos ha llevado a una serie de conclusiones:

- La utilización del P.A.E. es la base del desarrollo y reconocimiento de la labor enfermera.
- Hay bastante dificultad en la utilización de Diagnósticos de Enfermería por parte del personal de enfermería ya que es un instrumento poco utilizado en la práctica cotidiana. Por ello la taxonomía diagnóstica se debe incluir poco a poco en la práctica enfermera. La introducción de programas informáticos puede ser la solución para que las enfermeras utilicen los Diagnósticos de Enfermería y elaboren Planes de Cuidados.
- La elaboración de un Plan de Cuidados, identificando unos objetivos y priorizando los problemas, nos permite evaluar de una forma dinámica si verdaderamente estamos prestando unos cuidados de calidad.
- Es necesaria la revisión de los registros de enfermería para elaborar una hoja de valoración enfermera exclusiva, en la que se recojan los datos necesarios para una correcta identificación de los problemas que presenta el paciente.
- Al encontrarse en el plan de cuidados estandarizado tanto los objetivos como las actividades permite su utilización por cualquier enfermera que pase por la unidad. Además se reducen los costes.
- El P.A.E. permite que todas las actividades que realiza la enfermera queden documentadas y registradas.

Agradecimientos

A todos los miembros de la Unidad de Arritmias del Hospital "Virgen de las Nieves" de Granada.

Dirección correspondencia

C/.Gabriela Mistral, 17.
18600. Motril.
E-mail: webjarc@ya.com

Referencias Bibliográficas

1. García R, Ruiz R, Morell S, Sanjuán R, Martínez J, Botella S, et al. Electrofisiología Cardíaca Clínica y Ablación. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana; 1999.
2. Ruiz ML, Rizo P. Planificación de cuidados a pacientes con accidente vascular cerebral. . Enferm Clínica 1996 jul-ago; 6(4): 158-163.
3. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del Proceso Enfermero. 4ª Edición. Barcelona: Springer; 1999.
4. NANDA. Diagnósticos Enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación 1999-2000. Madrid: Harcourt; 1999.
5. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación en Enfermería, diagnósticos de enfermería y problemas asociados.4ª Edición. Madrid: Mc-Graw-Hill-Interamericana de España; 1994.
6. Lara MD, Chiroso MA. Cateterismo cardíaco. Cuidados de enfermería y planes de cuidados. Enferm Cientif 1996 nov-dic; 176-177: 15-17.
7. Lara MD, Chiroso MA. Cateterismo cardíaco. Cuidados de enfermería y planes de cuidados (segunda parte). Enferm Cientif 1997 ene-feb; 178-179: 28-31.
8. Botas B, Rivas C, Velado ML, Linares Y, Muñoz R. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en una unidad neonatal. Enferm Clínica 2001 ene-feb; 11(1): 9-17.
9. Morgado MJ. Electrofisiología. Nuevo estudio diagnóstico de las arritmias cardíacas. Rev ROL Enferm 2001 mar; 24(3): 211-215.
10. Rumbo J, Pastor A, Cobas E, Movilla MJ, Abellerira R, Romera M. Proceso de atención de enfermería y cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Enferm Cientif 1999 jul-ago; 208-209: 23-27.
11. Álvarez F, Velasco G, Campos B, Marcapasos definitivo: plan de cuidados enfermeros. Enferm Clínica 1999 mar-abr; 9(2): 77-85.
12. Argómaniz J, Martínez A. Cuidados estandarizados a un paciente con isquemia crónica de extremidades inferiores. Enferm Clínica 1998 may-jun; 8(3): 122-125.