

CAPÍTULO XVI

Otros procedimientos

16.1 REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

• **Definición:**

Determinación gráfica de la actividad eléctrica del corazón del paciente durante un ciclo cardíaco.

• **Objetivo:**

Obtener un registro gráfico del ciclo cardíaco.

• **Equipo:**

- Electrocardiógrafo.
- Batea.
- 4 pinzas para electrocardiograma.

• **Material:**

- Electrodos de un solo uso con gel.
- Gel conductor.
- Guantes desechables no estériles.
- Alcohol.
- Gasas o algodón.
- Rasuradora.
- Papel de registro de electrocardiograma.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

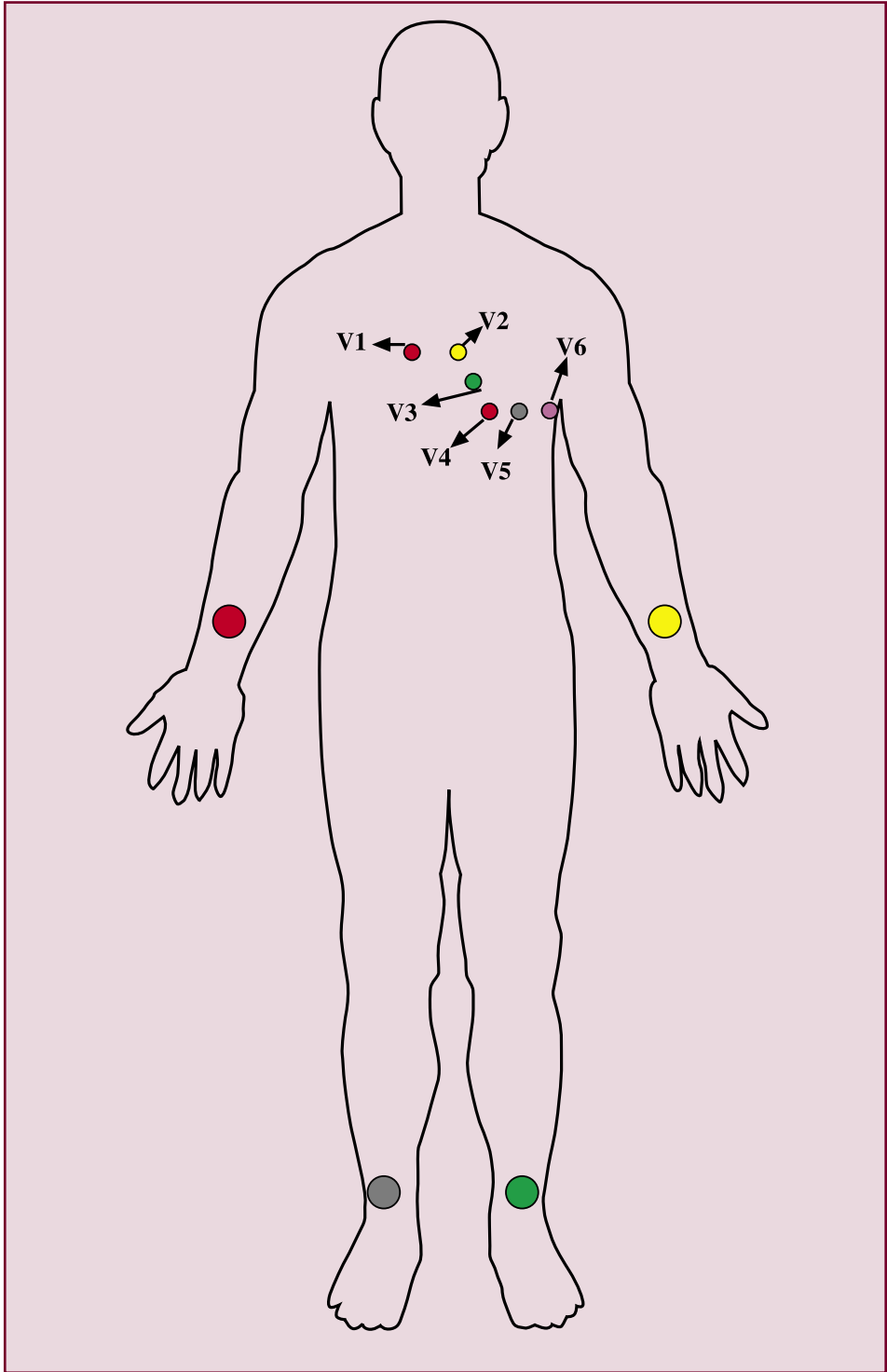
- Realizar lavado de manos.
- Preparar material .
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Poner la cama en posición horizontal y paciente en decúbito supino.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Ayudar al paciente a descubrirse pecho, tobillos y muñecas.
- Limpiar la piel donde se aplican los electrodos con alcohol.
- Rasurar si existe abundante vello.
- Colocar electrodos y conectar derivaciones estándar (Ver figura XVI-1).
 1. Rojo→muñeca derecha (AVR).
 2. Amarillo→muñeca izquierda (AVL).
 3. Negro→Pierna derecha (LR).
 4. Verde→pierna izquierda (AVF).

- Conectar las derivaciones precordiales (Ver figura XVI-1).
 - V1 → 4° espacio intercostal, línea anterior clavicular derecha.
 - V2 → 4° espacio intercostal, línea anterior clavicular izquierda.
 - V3 → entre V2 y V4.
 - V4 → 5° espacio intercostal, línea media clavicular izquierda.
 - V5 → 5° espacio intercostal, línea anterior axilar izquierda.
 - V6 → 5° espacio intercostal, línea media axilar izquierda.
- Asegurar la correcta colocación de los electrodos y las conexiones de los cables.
- Seleccionar en el electrocardiógrafo los parámetros de velocidad y voltaje de 25 mm/s y 1mV.
- Seleccionar el filtro y la modalidad (manual o automática).
- Pedir al paciente que permanezca quieto y que respire con normalidad sin hablar.
- Retirar electrodos y limpiar restos de gel conductor.
- Ayudar al paciente a vestirse y colocarlo en una posición adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento , si el paciente presenta dolor precordial en el momento de realización del electrocardiograma , fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Sí el registro fuera manual se ha de cambiar la posición de registro en el siguiente orden: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V1 , etc.V6.
- Si se pide tira de ritmo, hay que realizarla al final del registro de 12 derivaciones y comenzando en la derivación II.

Figura XVI-1 Esquema de la colocación de los electrodos



• **Bibliografía:**

- Bibliografía general

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento, fecha y hora.	

16.2 COLABORACIÓN EN LA PUNCIÓN LUMBAR

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para realizar una punción lumbar al paciente.

• **Objetivos:**

- Colaborar en la realización al paciente de una punción lumbar con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Prevenir complicaciones como la infección, cambios neurológicos, etc.

• **Equipo:**

- 2 Paños estériles.
- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.

• **Material:**

- 2 agujas intramusculares.
- 2 ampollas de anestésico local.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- 1-2 jeringas de 5-10 c.c.
- Tubos para la analítica.
- Medicación prescrita.
- Catéter de punción lumbar.
- Impreso de petición analítica del líquido cefalorraquídeo.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento.
- Tranquilizar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente. Advertirle que ha de avisar de forma inmediata en caso de sentir dolor intenso en las extremidades inferiores o en la zona inguinal.
- Colocar al paciente en decúbito lateral al borde de la cama, con el cuello flexionado, aproximando el mentón al pecho. La espalda permanecerá recta. Las rodillas deben estar flexionadas sobre el abdomen y el paciente, si puede, se las sujeta con los brazos, sino un celador le ayudará a mantener la posición. Esta técnica también se puede llevar a cabo con el paciente sentado.
- Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente.
- Preparar campo estéril y depositar el material necesario sobre él.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar. Aplicar generosamente con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Ayudar al médico durante el procedimiento.
- Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido cefalorraquídeo, si precisa.
- Valorar continuamente al paciente por si aparece palidez, sudor, hormigueo, cambios del nivel de conciencia.
- Colocar apósito en la zona de punción.
- Mantener al paciente en reposo absoluto el tiempo prescrito.
- Vigilar las constantes vitales cada 30 minutos las 2 primeras horas.
- Colocar al paciente en decúbito supino tras el procedimiento.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursarlos al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Las posibles complicaciones de la punción lumbar: punción hemorrágica, infecciones (meningitis) y síndrome postpunción transitorio (cefalea, lumbalgia y dolor radicular).

- **Bibliografía:**

- Bibliografía general

- **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento, fecha y hora.	
Registro de valoración del estado del paciente posprocedimiento	

16.3 COLABORACIÓN EN LA PARACENTESIS

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para realizar una paracentesis al paciente.

- **Objetivos:**

- Evacuar la cavidad abdominal parcial o totalmente del líquido ascítico.
- Obtener muestra del líquido de la cavidad abdominal del paciente con fines diagnósticos.

- **Equipo:**

- 2 Paños estériles.
- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.

- **Material:**

- 2 agujas intramusculares e intravenosas.
- 2 ampollas de anestésico local.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- 1-2 jeringas de 5-10 c.c.
- Tubos para la analítica.
- Equipo inyector de suero.
- Recipiente graduado
- Catéter periférico.
- Impreso de petición prueba analítica del líquido ascítico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Pedirle al paciente que orine, sino puede valorar la necesidad de sondaje vesical.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o decúbito supino.
- Medir la tensión arterial.
- Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente.
- Preparar campo estéril y depositar el material necesario en él.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar.
- Ayudar al médico durante el procedimiento.
- Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido ascítico, si precisa.
- Vigilar ritmo de salida del líquido y sus características, si la paracentesis es evacuadora.
- Controlar tensión arterial durante la evacuación y al finalizar.
- Colocar apósito en la zona de punción.
- Vigilar periódicamente si el apósito se mancha, valorar cantidad y color del líquido drenado.
- Cambiar el apósito si precisa.
- Comenzar la deambulación de forma progresiva.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con la solicitud de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Valorar al paciente tras el procedimiento por si aparece hemorragia.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento, fecha y hora	
Registro de valoración del estado del paciente posprocedimiento	

