

ANEXOS

UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARRACHO
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA
DIRECCION DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada colega:

La presente investigación, dirigida por la Lic. Inés Bautista Laura, con motivos de obtener el título de Maestría en Enfermería Terapia Intensiva, tiene como objetivo: Evaluar las competencias cognitivas y técnicas del profesional de enfermería sobre el manejo de pacientes con drenajes torácicos, en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Paz, gestión 2018. Por lo tanto, pido la colaboración para el llenado de cuestionario de acuerdo con las instrucciones. Es de hacer notar que tiene propósitos de mejorar la calidad de atención, su participación ayudará con informaciones para la investigación correspondiente.

La encuesta a continuación se realizará anónimamente y tendrá una confidencialidad total, la información obtenida solo se tendrá en cuenta para el desarrollo de la investigación y no traerá ninguna represalia al trabajador.

El tiempo requerido para su participación le tomara aproximadamente 10 minutos durante toda su jornada laboral

Espero merecer su confianza. Desde ya le agradezco y estoy a disposición para cualquier información.

Lic. Inés Bautista Laura
CI. 4920861 LP.

**UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARRACHO
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA
DIRECCION DE POSGRADO**

CUESTIONARIO

Instrumento de recolección de datos: CUESTIONARIO

Objetivo: Evaluar las competencias cognitivas y técnicas del profesional de enfermería sobre el manejo de pacientes con drenajes torácicos, en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Paz, gestión 2018.

Distinguida /o Colega:

Se está realizando un estudio sobre los cuidados y prácticas de enfermería en el manejo de pacientes con drenajes torácicos. Agradeceré a su persona se sirva a responder el presente cuestionario anónimo con honestidad y objetividad para que los resultados sean favorables en la prevención de complicaciones.

Instructivo:

Lea detenidamente con atención las preguntas que a continuación se le presentan y luego marque la respuesta correcta.

Datos generales:

1. ¿Usted a qué grupo de edad pertenece?
 - a) Menor a 30 años
 - b) 31 a 40 años
 - c) Mayor a 40 años

2.-Años de experiencia laboral:

- a) Menor a 2 año
- b) 2 año a 5 años
- c) 5 años a 9 años
- d) Más de 10 años

3.-Formación profesional

- a) Licenciatura
- b) Diplomado
- c) Especialidad (postgrado)
- d) Maestría

4.-El servicio planifica capacitación al personal en forma:

- a) Mensual
- b) Semestral
- c) Trimestral
- d) Anual
- e) No se realiza

5.-El servicio de UTI-A posee una guía o protocolo sobre el manejo de pacientes con drenajes torácicos?

- a) SI
- b) NO

Datos cognitivos:

6.- Sabe qué es un drenaje torácico?

- a) Si
- b) No

7.-Los cuidados de enfermería en los drenajes torácicos es: EXCEPTO

- a) Mantener una adecuada asepsia y antisepsia
- b) Cuantificar la saturación de oxígeno
- c) El pinzamiento del tubo debe ser limitado
- d) Ninguno
- e) Todos

8.-Cual es la complicación del drenaje torácico

- a) Lesiones del paquete intercostal, lesiones renales
- b) Hematoma, hemotórax, pancreatitis
- c) Reacción vasovagal, hemotórax y empiema
- d) Ninguna es correcta

9.-El pinzamiento de los tubos debe quedar limitado a:

- a) Cuando se cambie el equipo
- b) Para intentar localizar una fuga aérea
- c) Para valorar la retirada del tubo torácico
- d) Todos

10.- Si en la cámara de sello de agua de tubo torácico presenta burbujeo que oscila con los movimientos respiratorios significa

- a) Que el tubo esta permeable y dentro de la cavidad pleural
- b) Existe una fuga aérea pulmonar
- c) Aun no se puede quitar el drenaje y pinzarlo
- d) El tubo está mal colocado y debe ser retirado

11.-Señale lo correcto dentro de los factores de riesgo para producir la infección del sitio del drenaje?

- a) Huésped microorganismo
- b) Estancia hospitalaria

- c) Contacto directo
- d) Manipulación del drenaje
- e) Todas las anteriores

12.- Vigila signos y síntomas de posibles complicaciones como: EXCEPTO

- a) Disnea
- b) Cianosis
- c) Sangramiento
- d) Crepitaciones
- e) Aseo

13.-Utiliza las precauciones universales en la atención a pacientes con drenajes?

- a) Siempre
- a) A veces
- b) Nunca

14.- ¿Mantiene la asepsia y antisepsia de los drenajes torácicos?

- a) Si
- b) No

15.-Con qué frecuencia se realiza la curación de la zona de puncion del drenaje?

- a) Diaria
- b) Por requerimiento necesario
- c) De 2 a 3 veces a la semana

16.- ¿Es importante el lavado de manos? Considere usted la respuesta correcta

- a) Previene la colonización cruzada nosocomial
- b) Es un método fácil para eliminar microorganismos
- c) Todas

17.- ¿Cada que tiempo usted se lava las manos?

- a) Cada turno
- b) Antes y después de cada procedimiento
- c) Tres veces por turno
- d) Ninguno de las anteriores

**UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARRACHO
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA
DIRECCION DE POSGRADO**

GUÍA DE OBSERVACIÓN

El profesional de enfermería durante el cuidado del paciente con drenaje de tórax, realiza las siguientes actividades:

Fecha: del 15 al 31 de noviembre Turno: Día y noche

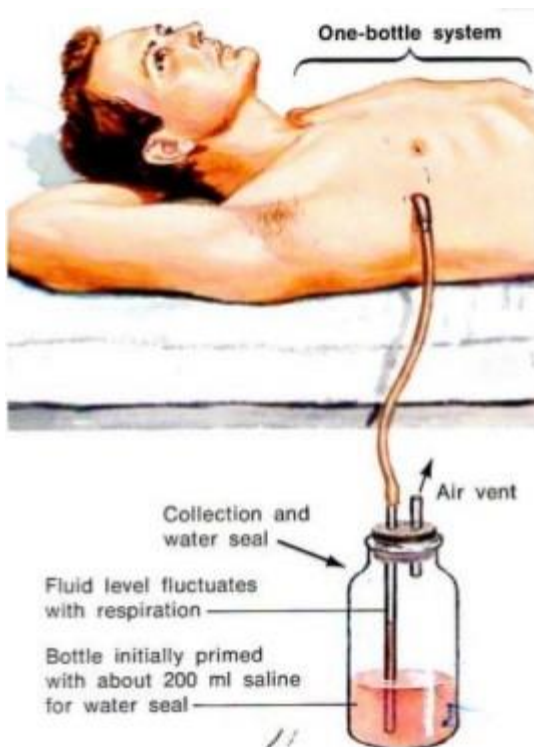
VALORACION	SI	NO	Observaciones
1.- Signos Vitales: controla			
Controla la frecuencia respiratoria			
Controla pulso			
Controla temperatura del paciente			
Controla Presión Arterial			
2.- Valoración del drenaje torácico			
Valora Expansión Torácica Y Profundidad de la respiración			
Valora simetría del tórax			
Valora presencia de dolor			
Valora localización del dolor			
Valora irradiación del dolor			
3.- Valoración del sitio de punción del drenaje torácico			
Evalúa si el débito de la curación tiene olor			
Revisa el sitio de punción para descartar enfisema			
Revisa si el sitio de puncion tiene secreciones			

Revisa el color de la piel alrededor del sitio de punción			
Cambia el apósito de la cura cuando estos están humedecidos.			
4.- Cuidados del drenaje torácico			
Inspecciona y verifica el sistema de drenaje			
Verifica la fijación de las conexiones del sistema de drenaje			
Evalúa el color, olor y consistencia de los fluidos del drenaje			
Compara los fluidos del drenaje de tórax con los del apósito de la cura.			
Verifica y Llena el frasco de sello hermético con agua estéril.			
Llena el frasco que quede el tubo a dos centímetros dentro del agua.			



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA "JUAN MISAEL SARACHO"
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINÚA
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

GUIA DE ACTUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO.



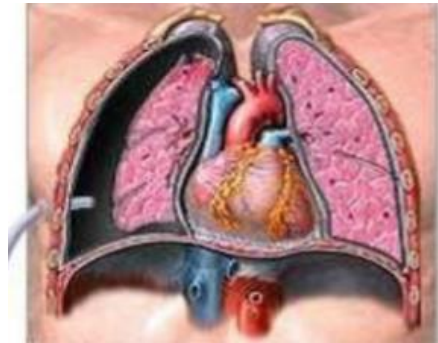
Por: LIC INES LUCY BAUTISTA
LAURA

La Paz – Bolivia
2019

GUIA DE ACTUACION SOBRE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO.

1.- INTRODUCCIÓN:

En la práctica hospitalaria diaria, el drenaje torácico puede necesitarse en múltiples ocasiones: neumotórax, derrame. Etc. Hay ocasiones en las que un drenaje puede evitar lesiones que comprometen la vida de un paciente, como es el caso de un neumotórax a tensión. tras un correcto entrenamiento por



parte del personal cualificado. Tanto los cuidados del drenaje como los del sistema valvular, tienen suma importancia para la resolución del proceso patológico. Un mal funcionamiento del sistema de drenaje puede acarrear complicaciones graves. Por tanto, tiene mucha importancia que las enfermeras conozcan perfectamente su funcionamiento.

Con el presente procedimiento, se pretende ofrecer al personal de la unidad una serie de pautas sobre el correcto manejo y los cuidados del paciente portador de drenaje torácico.

2.- OBJETIVOS:

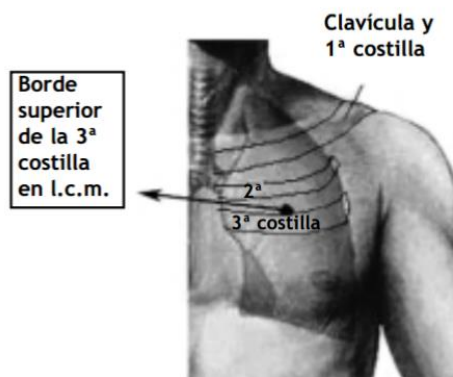
- ✚ Conocer y manejar los equipos de drenaje torácico.
- ✚ Proporcionar al paciente los cuidados necesarios que aseguren la correcta evacuación de los fluidos de la cavidad pleural (aire y/o líquido) consiguiendo la re-expansión pulmonar y mejoría del patrón respiratorio.

- ✚ Identificar los cuidados de enfermería necesarios para proteger de complicaciones al paciente con drenaje torácico.
- ✚ Proporcionar a los profesionales de la Unidad una guía para el manejo del paciente con drenaje torácico y dispositivos.

3.-DEFINICIÓN.

El drenaje torácico es aquel sistema que, mediante uno o varios tubos colocados en pleura o mediastino, facilita la eliminación del contenido líquido o gaseoso

El drenaje torácico, es un tubo flexible y hueco, que se inserta en la cavidad Pleural a través de una pequeña incisión con el fin de restablecer la presión negativa de la cavidad pleural alterada por la presencia de aire o líquidos biológicos (hemático, purulento, seroso o quilo), que pueden afectar la función cardio-pulmonar y provocar un colapso. De ese modo, se facilita la re-expansión pulmonar.



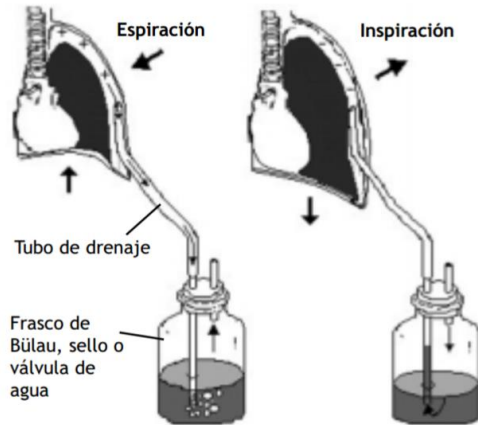
3.1.- CLASES DE MATERIAL DRENADO:

- Neumotórax: Aire
- Quilotorax: Líquido linfático de alto contenido graso
- Hemotorax: Sangre
- Derrame maligno: Líquido asociado o provocado por algún tumor que infiltre a la pleura.

- Empiema: Pus.

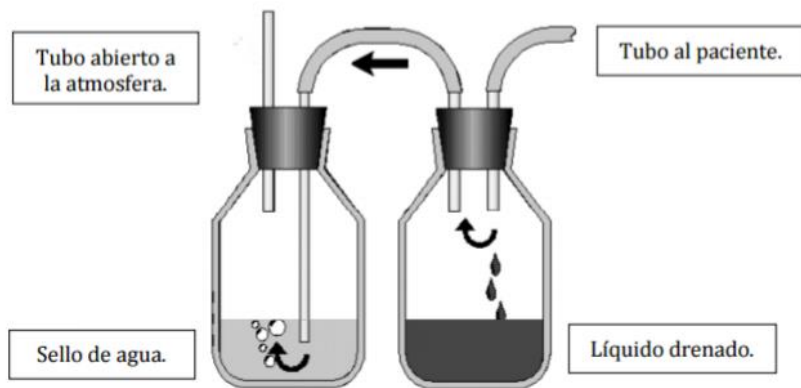
3.2.- FINALIDAD TERAPÉUTICA:

- ✓ Evacuar aire o líquido: Drenaje de neumotórax y drenaje pleural (hemotórax, hidrotórax o empiema).
- ✓ Drenaje post-intervención quirúrgica de la cavidad

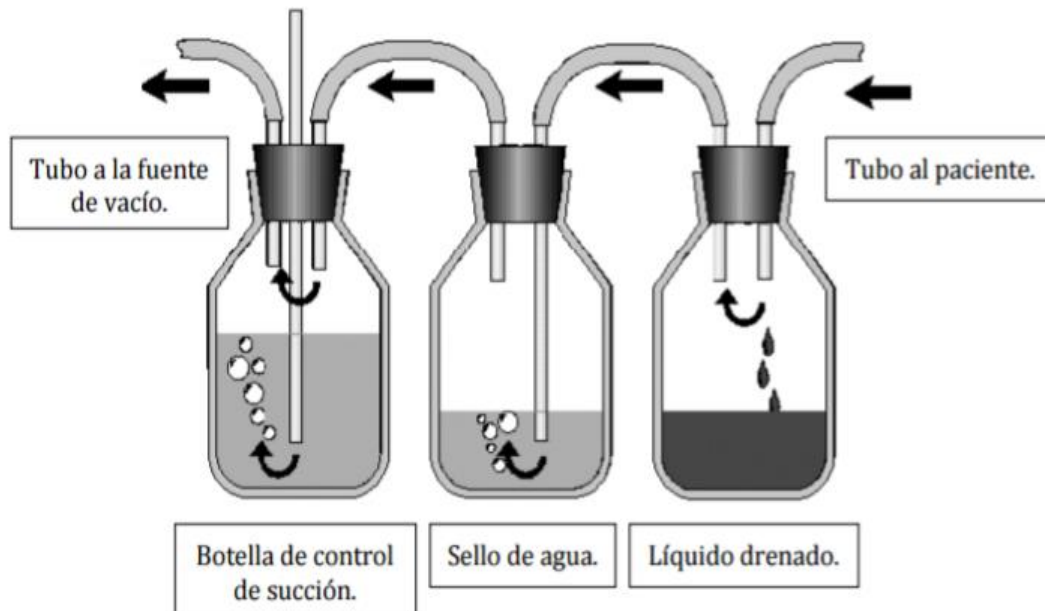


3.3.- DESCRIPCION DEL EQUIPO DE DRENAJE:

3.3.1.- TUBO DE TORAX: Es un tubo (si son más de uno se unen con conexiones en Y) con varios orificios en su parte más cercana al paciente e introducido en cavidad pleural.



3.3.2.- UNIDAD DE DRENAJE TORACICO: Todos los modelos tienen estructuras parecidas. Consta de un bloque de plástico que incorpora varias cámaras de válvulas y del que parte un tubo, que tiene aproximadamente 180 cm. Que es el que se unirá al tubo de tórax del paciente (tubo de conexión).



Consta de tres cámaras:

- **CAMARA RECOLECTORA:** compartimiento graduados donde se recoge el líquido pleural y permite controlar el volumen, la velocidad y el tipo de drenado.
- **CAMARA DE SELLO DE AGUA:** el sello de agua permite la salida de aire desde el tórax del paciente, pero no la entrada. En esta cámara habrá que vigilar el burbujeo y las fluctuaciones. El burbujeo es intermitente se produce cuando se conecta por primera vez al paciente a la unidad de drenaje e inicia aspiración, cuando hay un desplazamiento del aire de la cámara recolectora y cuando el paciente tiene una fuga de aire en el espacio pleural.

El burbujeo desaparecerá lentamente cuando se expandan los pulmones, salir aire y el pulmón llena el espacio pleural.

Si en la cámara de sello de agua se aprecia un burbujeo excesivo y continuo, habrá que descartar una fuga en el sistema de drenaje (se puede haber soltado alguna conexión). En caso de que continúe saliendo aire, habrá que pinzar momentáneamente el tubo en distintos niveles. Si sigue el burbujeo continuo, es posible que la unidad este agrietada y haya que cambiarla.

Las fluctuaciones del líquido indican cambios de presión en el espacio pleural, que tienen lugar durante la respiración del paciente. Si el paciente tiene una respiración superficial las fluctuaciones serán menores, si su respiración es laboriosa, profunda, aquellas serán mayores. Las fluctuaciones serán menores a medida que se re-expanda el pulmón y rellene el espacio pleural. Cuando hay una ausencia inesperada de fluctuaciones podría deberse a la obstrucción del tubo.

- **CAMARA DE CONTROL DE ASPIRACION:** el nivel de agua en la cámara de control de aspiración, no la fuente externa de aspiración, es la que regula la intensidad de aspiración, por ejemplo, si el nivel de agua es - 20 cm y hay burbujeo, esa es la presión ejercida, independientemente de que este más o menos activada la aspiración externa. Aumentar la aspiración externa no hace más que incrementar el ruido del burbujeo y la velocidad de evaporación del agua dentro de la cámara. Un burbujeo suave y moderado indica que la fuente de aspiración se debe de dejar la conexión de aspiración del sistema de drenaje, abierta al aire.

En el equipo de drenaje AQUA – SEAL lleva varias válvulas.

- Válvula de descarga de presión negativa. Se acciona manualmente en el caso que se detecte un aumento de la presión negativa intratorácica, permitiendo el paso de aire filtrado.

- Válvula de control de aspiración. Permite abrir o cerrar la aspiración desde el drenaje.
- Válvula de presión positiva que se abre automáticamente para liberar el exceso de presión acumulada.
- Válvula de ajuste del nivel de la cámara del sello de agua. Permite en caso de pasarse del nivel acople una jeringa y succionar.



PREPARACION Y FUNCIONAMIENTO. (AGUA - SEAL)

1. Destapar el equipo y ponerlo en posición vertical
2. Rellenar la cámara de sello de agua accediendo por el pivote de plástico, donde posteriormente colocaremos la goma marrón del sistema de aspiración, se rellena hasta el nivel señalado de 2 cm con agua destilada. Si la rellenamos por encima del nivel se podrá sacar el agua con una jeringa por la parte posterior del equipo.
3. Rellenar la cámara de control de aspiración hasta el nivel – 20 cm de agua bidestilada, accediendo para ello por el tapón blanco que hay en la parte superior derecha.
4. Conectar el equipo de drenaje con la goma que lleva de unos 180 cm al tubo de tórax del paciente.
5. Conectar la goma del aspirador al pivote de plástico
6. Asegurar todas las conexiones con esparadrapo.

3.4.- COMPLICACIONES.

- A. Durante la inserción del catéter o tubo torácico.

✚ Neumotórax: Entre un 11-30%. Ocurre por punción accidental del pulmón. Su incidencia disminuye en gran medida si lo efectúa un médico experto, el paciente está sedado o es colaborador y si se realiza bajo control ecográfico o bajo escopia.

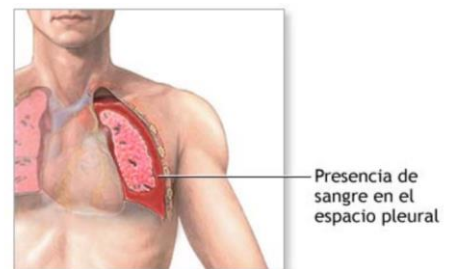
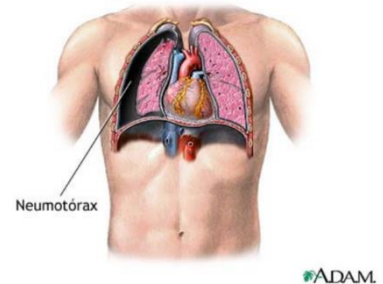
✚ Hemotórax: por la laceración de los vasos intercostales.

✚ Lesión del nervio intercostal: con dolor local persistente.

✚ Laceración de órganos abdominales (hígado, estómago o bazo) o torácicos (aorta torácica, arteria o vena pulmonar o diafragma). Poco frecuente y más factible cuando se necesita la inserción baja del tubo torácico y en niños de corta edad.

✚ Reacción vaso-vagal: por sedo-analgesia insuficiente. Puede ser requerida atropina subcutánea previamente para disminuir su incidencia.

✚ Enfisema subcutáneo: si parte de los orificios del catéter de drenaje quedan fuera del espacio pleural o si la piel no queda bien precintada alrededor del punto de inserción.



B. Una vez instaurado el sistema cerrado o unidad descartable de drenaje torácico.

✓ Edema pulmonar e hipotensión grave. Por la re-expansión excesivamente rápida del pulmón colapsado o la extracción de grandes volúmenes de derrame pleural, líquido o sangre en un corto período de tiempo.

✓ Neumotórax a tensión. Va a ocurrir por: o Entrada masiva de aire exterior a la cavidad torácica en caso de desconexión accidental o ruptura de la unidad. o Fuga de aire interna excesiva que no es liberada

debido a un funcionamiento incorrecto u oclusión del sistema. o Atelectasias o Neumonía. El temor al dolor o a una analgesia insuficiente, puede conllevar, a la inmovilidad del paciente y/o respiraciones superficiales, con escasa expansión torácica y acumulo consecuente de secreciones. o Infección alrededor del punto de inserción. Por falta de asepsia o permanencia excesiva del drenaje (superior a los 7 días).

4. MATERIAL:

- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Apósitos.
- ✓ Antiséptico líquido y gel.
- ✓ Sistema de vacío
- ✓ Cámara de recolección.
- ✓ Agua destilada.
- ✓ Vaselina



5. PROCEDIMIENTO:

5.1.-PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- ❖ Preservar intimidad/confidencialidad.
- ❖ Identificación correcta del paciente.
- ❖ Informar al paciente/familia y solicitar su colaboración.

5.2.-PREPARACIÓN DEL SISTEMA RECOLECTOR DE DRENAJE TORÁCICO:

- ✓ Lavado higiénico de manos.
- ✓ Apertura de la unidad estéril.
- ✓ Colocación de guantes estériles.

- ✓ Retirar la protección de la cámara de agua y rellenar con agua estéril hasta el nivel de 2 cm.
- ✓ Retirar la protección de la cámara de control de aspiración y llenarla con agua estéril con la cantidad indicada según la presión negativa deseada; o según el modelo, hasta el nivel determinado por una línea roja.
- ✓ Dejar preparada la unidad en posición vertical por debajo del nivel del tórax colgada de la cama o bien, apoyada en el suelo habiendo girado previamente la plataforma de soporte.

5.3.-RECEPCION DEL PACIENTE TRAS COLOCACIÓN DEL TUBO TORACICO EN QUIRÓFANO.

- ✓ Comprobar la identidad del paciente y preservar Intimidad.
- ✓ Revisar orden médica respecto a si es drenaje bajo presión
- ✓ Higiene de manos con solución hidroalcohólica.
- ✓ Conexión a aspiración prescrita, caso de tenerla pautada. Abrir la fuente de succión externa a un mínimo de 160 mm Hg y observando el nivel del agua en la cámara, haremos girar el regulador de succión en el sentido de las agujas del reloj hasta alcanzar en la columna de control de aspiración, la presión negativa prescrita que se desea aplicar. El nivel de Presión se expresa en cm H₂O.
- ✓ Valoración del estado del paciente: o Nivel de consciencia. o Control de las constantes: Sat O₂, TA, FC, Ta. o Control del Patrón Respiratorio: frecuencia y características de la respiración (profundidad, tiraje, movimientos respiratorios). o Si tuviese tos, se le indicará que se sujete la zona de los tubos con la mano. o Dolor. o Valorar estado del apósito.
- ✓ Valoración del SCDT: o Revisar todo el circuito, para comprobar que no se han producido desconexiones accidentales, ni hay fugas. o Sellar todas las conexiones con parafina (si no vienen selladas). o Valorar

cantidad y características del líquido drenado (en caso de no neumotórax).

6. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SISTEMA DE DRENAJE

- ✚ **Prevenir el edema exvacuo:** Después de colocar un drenaje torácico, hay que vigilar que no haya una salida de fluido masiva por el drenaje. Una evacuación demasiado rápida puede provocar un edema pulmonar unilateral, llamado edema de reexpansión o exvacuo. Si es necesario, se debe pinzar periódicamente el tubo. A pesar de que no hay ninguna evidencia sobre la velocidad de evacuación, una buena práctica sugiere que no debe drenarse más de 300 ml de una vez y no deben sobrepasarse los 500 ml por hora. Después de la inserción de un drenaje torácico, es conveniente realizar una radiografía de tórax para evaluar la posición del tubo y apreciar la evolución del procedimiento.
- ✚ **Mantener el drenaje permeable.** Debe vigilarse que no se acode ni se formen coágulos en su interior. Es preferible que todo el recorrido esté vacío hasta el sistema recolector para facilitar un buen drenaje (“ordeñar” los tubos).
- ✚ **Cambio de sistema de drenaje (pleur-evac):** Habitualmente, solo se debe pinzar el tubo (clampaje) para el recambio del sistema valvular. Si el drenaje burbujea, conviene hacer el cambio lo más rápidamente posible para evitar que se acumule aire en la cavidad pleural. Durante la maniobra se le pide al paciente que se mantenga en apnea o respirando superficialmente,
- ✚ **Prueba de clampaje:** En ciertos casos de neumotórax en los que queremos asegurar la resolución de éste antes de retirar el drenaje, se puede pinzar el tubo durante 24 horas²⁹. Antes, se comprueba que el pulmón está expandido y que no hay fuga aérea. Si un paciente con el drenaje pinzado comienza con disnea o enfisema subcutáneo, se debe

despinzar el drenaje, conectándolo al Pleur-evac y avisar al médico responsable, por la sospecha de una fuga persistente.

- ✚ **Cuidados del tubo de drenaje:** Los enfermos y sus familiares deben ser instruidos sobre el funcionamiento del sistema de drenaje para que colaboren en sus cuidados. Es importante impedir que el tubo se acode, se obstruya, se salga de la cavidad pleural y que no tenga ningún orificio fuera. Si un drenaje sufre una salida accidental, debe taparse el orificio de la pared torácica con un tapón de Vaselina y un apósito compresivo. Es preferible no anudar el punto de cierre del orificio, para permitir la salida de aire si se ha producido un neumotórax. Posteriormente, se le tranquiliza al paciente, se le conecta oxigenoterapia al 35%, se solicita una radiografía de tórax urgente y se avisa al médico de guardia.
- ✚ **Válvula de Heimlich:** El drenaje torácico conectado a una válvula de Heimlich facilita la movilización del paciente. Un posible inconveniente, es que no se puede conectar aspiración. Sin embargo, hay datos contradictorios de la utilidad de la aspiración continua en los drenajes torácicos.
- ✚ **Válvula de agua:** Si se utiliza un sistema de válvula de agua, se debe evitar que el sistema se vuelque para que no se mezclen los líquidos de las tres cámaras. Hay que vigilar el nivel del líquido en el sello de agua y que la cámara del control de aspiración tenga el nivel prescrito para que el sistema funcione correctamente. Se debe reseñar a diario la cantidad de drenaje/burbujeo.
- ✚ **Drenaje con aspiración:** Cuando se utiliza aspiración continua, suele ser entre 10-20 cm H₂O. No hay evidencia científica sobre la eficacia de un drenaje con aspiración continua. Sin embargo, se sigue utilizando en casi todos los procesos. En los neumotórax no se utiliza de rutina, siendo solo aplicable a las 24 horas de la colocación de un drenaje. En empiemas, habitualmente se conecta aspiración inmediata para evitar la obstrucción del drenaje. En un sistema conectado a aspiración, un

burbujeo continuo sugiere una fístula aérea, aunque también puede ocurrir cuando uno de los agujeros del tubo torácico ha quedado al aire fuera del tórax.

6.1.- CUIDADOS DIARIOS.

- ✓ Aseo del paciente: se realizará como a cualquier paciente encamado entre la enfermera y auxiliar responsable, se tendrá cuidado con los tubos que no desconecten.
- ✓ Cuidado de la herida quirúrgica:
 - Control de exudado o fuga de aire y/o líquido alrededor del tubo de drenaje.
 - Mantener el apósito limpio y seco.
 - Cambio de apósito y cuidado del orificio de inserción cada 48h. o según precise.
 - Especial cuidado en no acodar el tubo, fijando si es preciso a la piel del paciente.
- ✓ Control del drenaje: En el turno de noche, al final del mismo, se cuantificará el débito total en la cámara recolectora, aspecto y cantidad, y se registrará en la gráfica de enfermería (apartado drenajes en el subapartado de “total”). También, se realizará una señal en la cámara con la fecha. Restando el total actual, al total del día anterior, se obtiene Drenaje Parcial. o Esto será así, salvo que el médico indique otra cosa.
- ✓ Movilidad del paciente: o La movilidad del paciente debe ser progresiva pero precoz: cama en posición semi-Fowler, sedestación en la silla en cuanto sea posible y pronta deambulacion, aunque lleve drenaje. SIEMPRE TRAS CONSENSUAR CON SU MEDICO.
- ✓ Dieta: se recomienda dieta rica en fibra, aumentando la ingesta de líquidos y si precisa laxantes para evitar estreñimiento y mantener la función intestinal.

El pinzamiento de los tubos debe quedar limitado a:

- Cuando se cambie el equipo.
- Para intentar localizar una fuga aérea.
- Para valorar la retirada del tubo torácico (en caso de neumotórax).

"NO SE DEBE PINZAR EN NINGÚN OTRO CASO"

6.2.- CUIDADOS POR TURNO.

- ❖ APÓSITO vigilar que no esté sucio y cambiar si es necesario
- ❖ TUBO DE TORAX comprobar que no hay acodamientos y que está permeable: comunicar inmediatamente al médico de guardia
En caso de salirse de la zona de inserción tapar inmediatamente con gasas impregnadas en vaselina haciendo presión y movilizándolo de arriba hacia abajo y de derecha a izquierda para sellar bien la comunicación espacio pleural-externo al movilizar los diferentes planos de tejidos. Colocar apósito compresivo y Si se desconecta con el sistema de drenaje, conectar lo más rápidamente posible o pinzar si es preciso.
Indicar al paciente toser y exhalar profundamente con el fin de sacar lo antes posible el aire que le ha podido entrar.
- ❖ SISTEMA DE DRENAJE. Comprobar que este vertical siempre por debajo del tórax del paciente, observar la presencia o ausencia de fluctuaciones en la cámara de sello de agua la ausencia de líquido en la cámara colectores y la no fluctuación puede significar la obstrucción. Vigilar la cantidad drenada ya que si es superior a 150 ml hora de sangre se avisará al médico, también se observará las características de líquido drenado ej.: sangre, serosanguinolento, seroso, etc.

6.3. RETIRADA DEL SISTEMA DE DRENAJE Y CATÉTER TORÁCICO.

- ❖ La retirada está indicada en caso de:
 - Haberse producido la re-expansión pulmonar.
 - El débito diario sea menor de 50 ml/día en de Derrames pleurales.
 - En Neumotórax, la ausencia de fluctuaciones en la cámara bajo sello de agua durante al menos 24 horas, siendo correcto el funcionamiento del sistema, nos indicará la posibilidad de re-expansión pulmonar que deberá ser verificada mediante Rx de Tórax.
- ❖ Antes de retirar el sistema de drenaje y el catéter, el médico suele indicar pinzar de 12 a 24 horas para valorar el grado de tolerancia del paciente, constantes vitales y función respiratoria.
- ❖ Colocar al paciente en decúbito lateral y posición semi-Fowler.
- ❖ Preparar un campo estéril, gasas con vaselina, bisturí, antiséptico y apósito.
- ❖ Mientras se retira el tubo, el paciente debe mantenerse en espiración completa o ejecutar la maniobra de Vasalva (espiración forzada con la glotis cerrada).
- ❖ Generalmente el tubo tiene una sutura en bolsa de tabaco para ser traccionada a la vez que se retira el tubo. En su defecto se valorará poner algún punto de seda. En cualquier caso, se aplicará una gasa impregnada en vaselina sobre el punto de inserción al retirar el catéter.
- ❖ Una vez retirado el drenaje, se le debe indicar al paciente reposo durante 48 horas en decúbito supino o sobre el lado afectado.
- ❖ No realizar fisioterapia respiratoria las 2 horas siguientes.
- ❖ Control de las constantes, saturación de oxígeno, revisión del apósito y vigilar la posible aparición de neumotórax (taquipnea, dolor torácico).
- ❖ Se hará radiografía de tórax a pasadas 12-24h según prescripción médica y si hay empeoramiento clínico.

- ❖ El punto de sutura que cierra el orificio del tubo se curará/revisará cada 48h y se retirará en 10 días.

7.- PRECAUCIONES

- ✓ Controlar la correcta fijación del catéter torácico.
- ✓ Controlar constantes vitales, al menos durante la primera hora posterior a la colocación del catéter.
- ✓ Controlar los niveles de agua en las cámaras del equipo de drenaje (observando instrucciones de uso de cada equipo).
- ✓ Observar la aparición de: disnea, sudoración, cianosis, taquicardia, enfisema. En tal caso, avisar al facultativo.
- ✓ Evitar tubuladuras demasiado largas.
- ✓ Mantener al paciente en posición semi-sentado.
- ✓ En caso de conexión a aspirador, vigilar que haya burbujeo en la cámara de control de aspiración o que se vea el fuelle rojo en la posición adecuada.
- ✓ Informar al paciente de que debe moverse con precaución para evitar tirones y/o desconexiones.
- ✓ Si existen hilos de sutura que sujetan el tubo de drenaje, no deberemos cortarlos, ya que se usarán para cerrar el orificio una vez que se retire el drenaje. - Prestar especial atención a las conexiones, asegurándonos de que estén bien ajustadas. No reforzarlas nunca con esparadrapo ya que pueden ocultar una desconexión.
- ✓ Evitar las desconexiones inútiles. Cuando se transporta a un paciente con Pleur-evac, no pinzar nunca el tubo de drenaje, ya que el paciente está protegido con el cierre hidráulico.
- ✓ Utilizar el pie basculante o colgar éste del lateral de la cama, a fin de evitar que se caiga y se produzcan roturas o mezcla de líquidos.
- ✓ Curar diariamente la zona de inserción del drenaje y cambiar el apósito, cuantas veces sea necesario si está húmedo.

8.- REGISTRAR.

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento o cualquier otra incidencia al respecto.
- Constantes vitales.
- Si se ha administrado medicación, anotar dosis y hora.
- Muestras remitidas.
- Anotar cantidad y características del drenaje



9.- BIBIOGRAFIA:

- ✓ Blanco AE. Cruz CM. Laura TI, Sanizo ZM y Soliz BJ. guía básica de procedimientos de enfermería en la unidad de medicina critica. INASES La Paz- Bolivia 2012; 41 – 59.
- ✓ Protocolo Drenaje Torácico Hospital Donostia. Consultado. Junio 2014.
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85ckcmpn05/es/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Protocolo24DrenajeToracicoC.pdf.
- ✓ Protocolo de cuidados de enfermería al paciente portador de drenaje torácico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Revisado 2011.
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c72fe0b78ffbd9be2bb9cd178bb880f7.pdf>. Consultado junio 2014.