



# PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DEL DRENAJE TORÁCICO EN REANIMACIÓN.

Galindo Palazón S, García Zamora M J.

## Introducción

El Drenaje Torácico es uno de los procedimientos más frecuentes que se llevan a cabo en la unidad de reanimación. Su finalidad es evacuar de la cavidad pleural el aire, sangre o pus, para restablecer la presión negativa de la cavidad pleural y reexpandir el pulmón colapsado. Restaurando así la función pulmonar del paciente.

Es indispensable para la mayoría de las cirugías del tórax y es el tratamiento de elección de una gran parte de los neumotórax, distintos tipos de derrames pleurales y de muchos traumatismos torácicos. A diferencia de la toracocentesis que consiste en la punción y evacuación de líquidos con una aguja, aquí se coloca un sistema de drenaje. En la actualidad se dispone de avanzados y diversos sistemas cerrados de drenaje torácico desechables, que garantizan un manejo óptimo y seguro para el paciente. Están fabricados en material de plástico duro y transparente y se prefieren los sistemas de tres cámaras. El más utilizado en los hospitales es comercialmente conocido como Pleur-Evac. Consisten en tres cámaras conectadas entre sí con una conexión única al paciente. La primera cámara conectada al paciente sirve para recoger la sustancia drenada, la segunda cámara es un sello de agua que permite la salida del aire desde el espacio pleural y tiene una válvula que impide la entrada de líquido o aire a dicho espacio pleural. La tercera cámara está graduada, conectada a las anteriores y puede conectarse a un sistema de vacío central, que permite graduar la presión negativa ejercida sobre el espacio pleural.

El correcto control del drenaje por el personal de enfermería es fundamental para la eficacia del mismo y buena evolución del paciente.

## Objetivos

### OBJETIVOS GENERALES

- Recuperar la función respiratoria del paciente.
- Actualización y revisión del procedimiento de colocación de drenaje torácico de la unidad de Reanimación del HURS del año 2005.
- Aumentar la eficacia de este procedimiento y de sus cuidados en Reanimación.
- Conocer la función del personal de enfermería en la colocación del drenaje torácico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Conocer y manejar el Pleur-Evac.
- Garantizar el correcto funcionamiento. Prevenir e identificar las complicaciones que derivan de un mal funcionamiento.
- Evaluar las constantes vitales y la función pulmonar del paciente.
- Valorar y registrar la cantidad de líquido drenado y sus características.
- Aliviar la ansiedad y malestar del paciente



## Recursos Necesarios

### RECURSOS HUMANOS

Médico (CGD). Enfermera/o. Auxiliar de Enfermería.

### RECURSOS MATERIALES

- Agua y jabón.
- Empapador.
- Sistema de Drenaje desechable (Pleur-Evac).
- Sistemas de aspiración con tubo bulbo.
- Tubo de tórax de diferentes calibres (de los números 16 á 24 para neumotórax y del 26 al 36 para drenar líquidos).
- Solución antiséptica (betadine®).
- Anestésico local (mepivacaina 2% dos ampollas).
- Atropina y efedrina.
- Caja de instrumental.



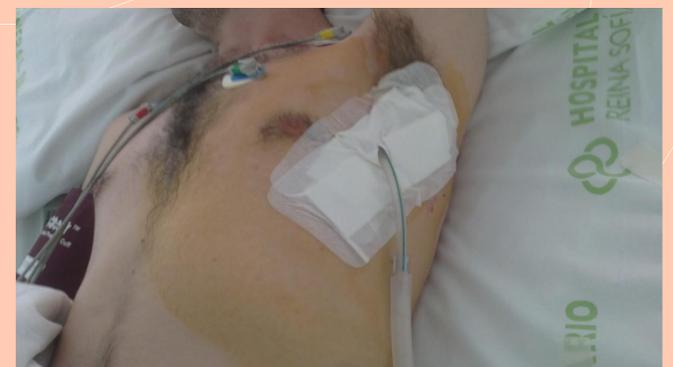
- Gasas estériles y tetras.
- Guantes estériles y no estériles
- Paños estériles cerrados y fenestrados (1).
- Agujas intramusculares y subcutáneas (2).
- Jeringas de 10 cc (2).
- Bisturí con mango del nº 11. Apósitos estériles.
- Apósitos estériles.
- Sutura (1 seda TC/1 o del O).
- Contendor de agujas y elementos punzantes

## Procedimiento

- Identificar al paciente y registrarlo.
- Informarle sobre el procedimiento a realizar y su utilidad.
- Verificar que el paciente a firmado el consentimiento.
- Solicitar su colaboración siempre que sea posible.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Lavado higiénico de manos.
- Valoración continua del estado del paciente durante toda la maniobra. Mediante la monitorización del paciente y registro de constantes en la gráfica del despertar (la primera hora cada 15 minutos, la segunda hora cada 30 minutos y posterior mente cada hora).
- Comprobar la existencia de vía venosa, central o periférica, en su defecto canalizar vía periférica e iniciar sueroterapia con Ringer Lactato.
- Comprobar aspirador de pared.
- Preparación del sistema de aspiración (Pleur-Evac) y conectar al aspirador de la pared que permanece cerrado.
- Colocar al paciente en la posición adecuada, decúbito supino o Semi-Fowler con el brazo homolateral levantado por encima de la cabeza. Decúbito lateral no excesivo, brazo elevado.
- Desinfectar la piel y si se precisa rasurar la zona.
- Pintar con un antiséptico la zona en la que se va a insertar el tubo de tórax.
  - Neumotórax: (nº 16-24) 2º espacio intercostal a nivel a nivel de la línea media clavicular.
  - Hemotórax: (nº 28-36) 5º o 6º espacio intercostal a nivel de la línea media axilar.
- Preparar el campo estéril. Se prepara una mesa con todo el material estéril que el cirujano necesita para la colocación del pleur-evac.
- Proporcionar con técnica estéril, el anestésico para infiltrar y anestesiar la zona.
- Una vez insertado el tubo, conectar este al tubo de caucho del drenaje, colocado previamente por debajo del tórax.
- Conectar o no la aspiración según prescripción médica. La presión negativa viene prefijado en -20 cc de agua.
- Comprobar la permeabilidad del sistema. Para comprobar esto hay que desconectar siempre la aspiración. El nivel líquido de la cámara subacuática debe moverse con los movimientos respiratorios. Si no se mueve, hay que pedir al enfermo que haga una respiración profunda. Si a pesar de esto no oscila con los movimientos respiratorios, es que el tubo no está funcionando.
- Realizar fijación periférica del sistema de drenaje a la piel del paciente, para evitar desplazamientos.
- Limpiar y desinfectar la zona.
- Cubrir el punto de inserción con gasas estériles, fijándolas con un apósito, procurando evitar el acodamiento del tubo.
- Retirar el material utilizado.
- Acomodar al paciente.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar en la hoja de enfermería la cantidad y aspecto del líquido drenado.
- Tras la inserción del tubo de tórax, se comprueba su colocación y la reexpansión pulmonar mediante una Rx de tórax.

### PRECAUCIONES

- Mantener siempre el sistema de drenaje vertical y por debajo del nivel del tórax del paciente.
- Controlar constantes vitales, al menos durante la primera hora post-implante.
- Observarla aparición de: disnea, sudoración, cianosis, taquicardia, enfisema. En tal caso avisar al facultativo.
- Mantener al paciente semi-incorporado e informarle que debe moverse con precaución.
- Controlar la correcta fijación del catéter y que la aspiración sea la pautada.
- Evitar tubuladuras demasiado largas.
- Controlar el nivel de agua de las cámaras.
- Evitar desconexiones inútiles. Cuando se transporta al paciente no pinzar nunca el tubo del drenaje.



## Conclusiones

- Mediante la existencia del nuevo procedimiento, se consigue unificar criterios de actuación por todo el personal de enfermería.
- Con la actualización del procedimiento del 2005 el personal de enfermería tiene un mayor conocimiento del sistema de drenaje torácico, así como de sus posibles complicaciones y cuidados post-implante.
- Con la realización del procedimiento se obtienen los conocimientos necesarios para mejorar la calidad asistencial.
- Explicar el procedimiento al paciente y su utilidad es de vital importancia, para disminuir su ansiedad.
- Hay una mayor implicación de todo el personal, esto se ve reflejado en un registro más completo de la grafica de reanimación (constantes vitales, cantidad y aspecto del líquido drenado).

