

Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica

Volumen **11**
Volume

Número **2**
Number

Mayo-Agosto **2003**
May-August

Artículo:

Drenaje torácico

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Cardiología

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

Drenaje torácico

Lic. Enf. Reyna Facunda Campos Rojas*

* Profesora de la Escuela de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

El drenaje torácico es la colocación de una sonda en el espacio pleural para evacuar aire o líquido. **Objetivo:** mantener libre el espacio pleural en el postoperatorio para conservar la presión negativa dentro del mismo, con la finalidad de reexpandir el pulmón. La realización de este procedimiento es llevado a cabo por el médico con la colaboración del profesional de enfermería, el cual debe estar capacitado para proporcionar cuidados específicos y favorecer la pronta recuperación del paciente.

Palabras clave: Drenaje torácico, cavidad pleural, hemotórax, neumotórax.

ABSTRACT

The thoracic drainage is the positioning of a sounding in the pleural space to evacuate air or liquid. It is necessary to maintain free the pleural space in postoperative to conserve the negative pressure within the same one, with the purpose of reexpand the lung. The accomplishment of this procedure is carried out by the physician with the collaboration of the nursing professional, which must be enabled to provide specific cares and to favor the quick recovery of the patient.

Key words: Thoracic drainage, pleural cavity, hemothorax, pneumothorax.

INTRODUCCIÓN

El espacio pleural contiene normalmente una pequeña cantidad de líquido lubricante que permite que se produzca el movimiento pulmonar sin fricciones durante la respiración. El exceso de líquido, aire o ambos en este espacio altera la presión intrapleural y provoca un colapso pulmonar completo o parcial. El drenaje pleural se hace mediante sondas que se colocan en la cavidad torácica al final de una intervención quirúrgica; para evacuar un neumotórax o un hemotórax de origen traumático.

CONCEPTO

Es la evacuación de aire, líquido o ambos de la cavidad pleural en forma continua a través de un sistema de drenaje cerrado de presión negativa permitiendo una adecuada reexpansión pulmonar.

OBJETIVOS

- Restablecer la presión negativa del tórax
- Fomentar el intercambio gaseoso adecuado a través de la expansión pulmonar

INDICACIONES

- Neumotórax o hemotórax
- Derrames pleurales recurrentes
- Empiema
- Quilotórax
- Pacientes que han sido sometidos a una intervención quirúrgica en el tórax

Recibido para publicación: 10 de octubre 2002
Aceptado para publicación: 15 de diciembre 2002

Dirección para correspondencia:
Lic. Enf. Reyna Facunda Campos Rojas
Escuela de Enfermería. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI. Del. Tlalpan, CP. 14080. Tel: 55732911, Ext. 1141 ó 1330.

MATERIAL Y EQUIPO

- Anestésico local
- Sonda de toracotomía, de PVC, flexible, con franja radioopaca.
- Campos estériles
- Bata
- Guantes
- Jeringas
- Hoja y mango de bisturí
- Portaagujas
- Gasas
- Apósito
- Solución antiséptica (yodopovidona)
- Material de sutura (seda No. 2 ó 0 con aguja)
- Equipo estéril para drenaje torácico (pleur-evac)
- Agua estéril
- Cinta adhesiva
- Sistema de aspiración
- Pinzas
- Tubo tygon

PROCEDIMIENTO

1. La enfermera explica al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite.
2. Revisa la placa de rayos X para valorar la presencia de hemotórax o neumotórax.
3. Se lava las manos.
4. Registra los signos vitales.
5. Reúne el material, equipo y lo traslada a la unidad del paciente.
6. Prepara el sistema de drenaje con técnica aséptica, para que esté listo para ser usado y lo coloca cerca de la cama a un nivel más bajo del tórax del paciente.
7. Administra la medicación prescrita (sedante o tranquilizante).
8. Coloca al paciente en posición semifowler o fowler.
9. El médico realiza asepsia en el sitio donde realizará la punción, cubre con campos estériles.
10. Aplica anestesia local en la región donde se hará la incisión y coloca el tubo.
11. Una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentáneamente cerca del tórax del paciente.
12. Sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco.
13. La enfermera asegura todas las conexiones.
14. Fija el tubo del drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad.
15. Verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo.
16. Registra los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4 horas.
17. Marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, vigila cada hora, y marca el nivel de drenaje en la hoja de control.
18. Asegura que la tubería no haga una asa o estorbe los movimientos del paciente.
19. Permite que el paciente esté cómodo, dando cambios frecuentes de posición.
20. Promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad del brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día.
21. Vigila que la presión en la cámara de succión situada a la izquierda del pleur-evac, sea de 20 cc de agua.
22. Vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbujeo constante en el sello de agua.
23. Observa si hay signos de respiración rápida y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo o síntomas de hemorragia.
24. Fomenta que el paciente respire profundamente y tosa a intervalos frecuentes.
25. Registra la cantidad, color, consistencia del líquido aspirado y las manifestaciones que presenta el paciente en la hoja de observaciones de enfermería.

COMPLICACIONES

- Hemorragia procedente de los vasos sanguíneos intercostales en el punto de inserción del tubo.
- Laceración pulmonar.
 - Colocación errónea del tubo.
 - Infecciones como neumonía o empiema.

PUNTOS IMPORTANTES

- Este procedimiento es llevado a cabo por el médico con la colaboración de la enfermera, requiere de una técnica estéril.
- El sitio de inserción varía dependiendo del estado del paciente y del drenaje requerido.
- Neumotórax, el punto habitual es la pared anterior del tórax en la línea media clavicular, en el segundo o tercer espacio intercostal, porque el aire se eleva hasta la parte superior.

- Hemotórax, el tubo se coloca en la parte inferior del tórax o línea media axilar, a la altura del cuarto, quinto o sexto espacio intercostal, el líquido se deposita en los niveles más bajos del espacio intrapleural.
- Cuando se sospecha de empiema tomar muestra de líquido para su cultivo.
Las fluctuaciones se detendrán cuando:
 - Se ha reexpandido el pulmón
 - El tubo está obstruido por coágulos de sangre o fibrina.
- Nunca elevar el sistema de drenaje por arriba del nivel tórax del paciente, para evitar reflujo y consecuentemente una infección.

Cuidados especiales al sistema

El equipo debe estar siempre en posición vertical.

Vigile que los niveles de líquido sean los adecuados.

El tubo de drenaje debe estar libre de líquido drenado.

El pinzamiento de los tubos debe quedar limitado, a los siguientes casos:

- Detección del origen de una fuga aérea.
- Cuando sea necesario cambiar el equipo.
- Para valorar el retiro de la sonda torácica.

Procedimiento para el retiro de la sonda de drenaje torácico

Éste se retira cuando deja de drenar líquido o aire y ya no es necesario, una vez que es confirmada la reexpansión pulmonar a través de una radiografía de tórax. Cuando la causa de su instalación está resuelta y el estado hemodinámico del paciente lo permite.

1. Explica el procedimiento al paciente.
2. La enfermera registra los signos vitales.
3. Administra un analgésico según prescripción 30 minutos antes del retiro de la sonda.
4. Reúne el material y equipo en la unidad del paciente, guantes estériles, gasas, apósito, cinta adhesiva.

5. Coloca al paciente en posición semi-fowler.
6. Retira los apósitos que cubren la sonda, teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realice esta maniobra.
7. El médico se coloca los guantes estériles, realiza las técnicas de asepsia sujetando el tubo y corta la sutura que mantiene la sonda sujeta a la piel.
8. Se asegura que la sonda torácica esté debidamente pinzada; indica al paciente que realice una inspiración profunda, contenga la respiración y emita un gruñido (maniobra de Valsalva), esto provoca una ligera exhalación contra la glotis cerrada que incrementa la presión intrapulmonar y evita que el aire sea aspirado hacia el interior del espacio pleural durante la retirada de la sonda.
9. Retira el tubo cubriendo de inmediato el punto de inserción con el apósito.
10. La enfermera fija el apósito, asegurándose de cubrir por completo la incisión, y cierre lo más hermético posible.
11. Vigila las constantes vitales, valora particularmente la intensidad y calidad de las respiraciones del paciente.
12. Durante las primeras horas después de haber retirado el tubo, revisa la zona donde se encuentra el apósito para detectar sonidos de fuga de aire y observa al paciente para detectar la presencia de complicaciones como el neumotórax recurrente o un enfisema subcutáneo.
13. Se debe valorar la total expansión pulmonar una vez que se ha retirado el tubo de drenaje torácico, por lo que vuelve a efectuarse una placa de tórax de control.

REFERENCIAS

1. Scherer C, Jeanne. *Introducción a la Enfermería Médico quirúrgica*. Ed. Harla, 4ª edición. México 1993.
2. Wiek L, King EM, Dier M. *Técnicas de Enfermería*. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México 1986.
3. Schmidt WM. *Cuidados Intensivos*. Ed. McGraw-Hill, volumen II. 2ª ed. México 2001.