Hospital Universitari MútuaTerrassa

Fundació Docència i Recerca MútuaTerrassa

Universitat de Barcelona

CURAS DE INFERMERIA: MANEJO DEL PACIENTE EN PLANTA

Adriana Soler Giménez
Enfermera Área Hospitalización Quirúrgica HUMT

DIAGNÓSTICOS/PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN NUESTRO SERVICIO:

- RESECCIONES PULMONARES (VATS>Toracotomía)

- directos de REA

- continuidad de SEMI

- PNEUMOTORAX

- derivados sin IQ

- intervenidos

- OTROS

- complicaciones post-IQ (ej. empiema)

- patología quirúrgica neumológica benigna o maligna

CONTROL POSTOPERATORIO

-Dolor

-Diüresis

-Saturación de oxígeno cada 8h

-Constantes vitales cada 8h

-Medicación

-**Tos efectiva (evitar retenciones secreciones)**

-Apósito toracotomía

-Drenaje torácico

A las 48h de la IQ

- Cura con povidona yodada en solución, a diario o cuando el apósito esté manchado.
- Inspeccionar el área perilesional: edema, eritema, exudado, crepitaciones, erosiones, flictenas.
- No cortar los hilos de sutura que sujetan el drenaje.
- Vigilar la dirección del drenaje para una correcta fijación.
- Vías, drenajes y catéteres se empiezan a retirar al día siguiente de la cirugía PIM, de UDA y/o las trayectorias clínicas.

MOVILIZACIÓN

- Iniciar/continuar con la movilización precoz.
- Insistir al paciente que realice los ejercicios recomendados por la fisioterapeuta (cada 2h).
- Administrar analgesia prescrita (+/- de rescate) en las movilizaciones.
- Cuando se hagan traslados **NUNCA** pinzar el drenaje.

CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO

- Comprobar diariamente el sello de agua.

- Medidas para evitar que vuelque el Pleur-evac.

- Revisar las conexiones:
  - bien ajustadas, acodamientos, permeabilidad...

- Vigilar que el tubo esté por debajo del tórax del paciente.

- Comprobar la correcta aspiración: el muelle tiene que estar expandido hasta la posición indicada.

- Registrar en el HCIS(sistema informático):
  - Cantidad (ml/24h)
  - Aspecto del débito (seroso, hemático, purulento, quiloso)

    Hemotórax postquirúrgico: (débito hemático <u>150-200 ml/h</u>)

    - **Avisar a su médico o cirujano de guardia**
  - Presencia de fuga aérea

- Pinzar el drenaje sólo:
  - Cuando se cambie el equipo
  - Intentar localizar una fuga aérea cuando hay 2 drenajes torácicos conectados en Y
  - Valorar la retirada del tubo torácico

NO PINZAR EN NINGÚN OTRO CASO

- En un paciente con el tubo pinzado: guardar el aparato.

CÓMO NO PINZAR UN DRENAJE

CÓMO PINZAR UN DRENAJE

PLEUREVAC: sistema seco

Conexión aspiración Sello de agua

Control aspiración

Sello de agua

Control visual correcta aspiración

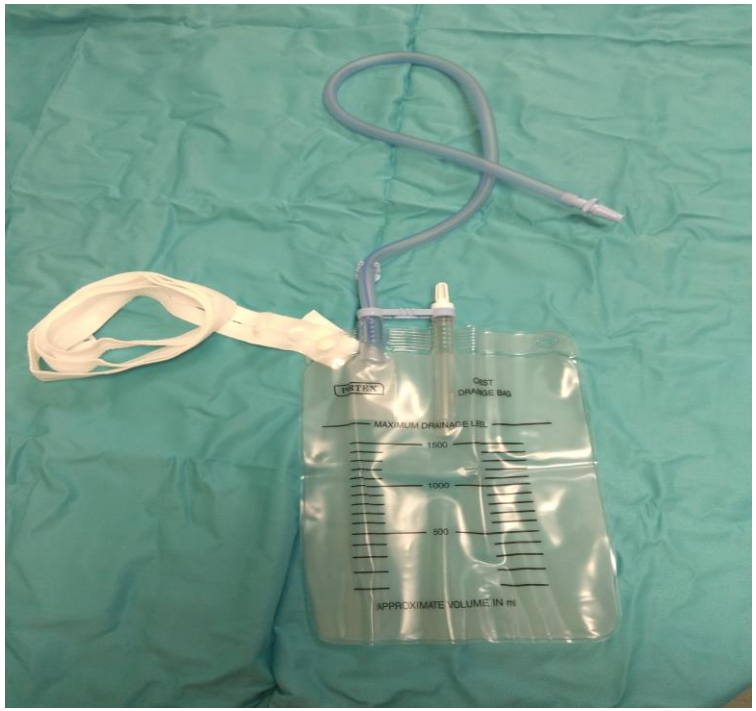
THOPAZ MEDELA

Es un sistema de drenaje seco, portátil y digital, que funciona aunque no esté conectado a la aspiración. También de uso domiciliario.

OTROS SISTEMAS

- Válvula Heimlich, 1968

  Permite la salida de aire por medio de una válvula unidireccional.
  Recomendado para uso ambulatorio.



RETIRADA DEL DRENAJE

- Siempre conjuntamente con el médico
- ¿Cuándo?
  - Ausencia de fuga
  - Débito inferior a 150-200cc/día (post-cirugía)
  - Radiografía con reexpasión pulmonar
- Se retira el drenaje torácico conectado a aspiración.
- El paciente suele colocarse en decúbito supino o lateral.
- Se realiza en espiración forzada o en apnea del paciente.
- Prepararemos el material: hoja de bisturí, gasas estériles, povidona yodada en pomada y apósito oclusivo.
- El paciente deberá permanecer en reposo durante 20-30 minutos.
- Se realizará radiografía de control post-retirada.

¡SIGNOS DE ALERTA!

Enfisema subcutáneo

Disnea

Taquipnea

Dolor torácico

Febrícula/Fiebre

CUIDADOS TORACOSTOMÍA

Toracostomia – ventana abierta (open window)

- **Indicación:** Fístula bronco-pleural.
- Se realiza una resección de varios arcos costales.
- Se sutura la piel hacia dentro.

Los primeros días la cura se realiza conjuntamente con el cirujano.

- Montar un campo estéril.
- Pintar con solución de povidona yodada los bordes de la herida.
- Limpiar la cavidad con **gasas secas** con cuidado de no lesionar estructuras vitales.
- Si hay presencia de esfacelos se tienen que retirar.
- Utilizar gases grandes.
- Secar la cavidad.

- Se rellena la cavidad de toracostomia con gasas estériles, impregnadas de povidona yodada en pomada bien repartida, montando unas sobre otras y finalizamos con un apósito oclusivo.
- Registrar el número de gasas que introducimos en la cavidad.

PLEURODESIS CON SANGRE

- **Objetivo:** Introducción de sangre para intentar que cicatrice la zona donde está la fuga.

- **Indicación:** Pacientes con fuga persistente después de la intervención quirúrgica y según criterio médico.

- Extracción de 50 cc de sangre del paciente.
- Pinzar el drenaje.
- Dar la jeringa al médico.
- Conectar la jeringa al drenaje mediante conexión.
- Despinzar el drenaje.
- Introducir la sangre.
- Introducir 50 cc de SF para evitar obstrucción.
- Según criterio médico se pinzará el drenaje durante 2-3 h o se dejará en declive.
- Aconsejar realizar cambios posturales para favorecer la dispersión de la sangre.

TRATAMIENTO CON UROKINASA

Objetivo: Fibrinolítico que se administra a través del drenaje para romper los tabiques de fibrina que dificultan la evacuación de líquido pleural.

Indicación: Derrame pleural complicado y Empiemas.

Protocolo: disponible en MutuaNet

Primer día:

-Se diluyen 200.000 UI de Urokinasa en 50cc de suero fisiológico y se introducen lentamente a través del drenaje; seguidamente se introducen 50cc más de suero fisiológico de arrastre.
-Se pinza el drenaje durante 4 horas.
-Se vuelve a conectar a aspiración durante 4 horas.
-Cada 8 horas.

Segundo y tercer día:

-Se diluyen 100.000 UI de Urokinasa en 50cc de suero fisiológico y se repite procedimiento anterior.
-Cada 8 horas

→ ¿Y si está pendiente de Rx de control?
Drenaje conectado al Pleurevac

Hospital Universitari Mútua Terrassa

Fundació Docència i Recerca Mútua Terrassa

Universitat de Barcelona

GRACIAS!!