

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚGICOS**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD
HOSPITALARIA DEL C-42 DE HOSPITAL MILITAR**

NORKA VERONICA CABRERA PALOMINO

CALLAO, 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 360-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2722-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	3
1.2 OBJETIVO	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES	6
2.2 MARCO CONCEPTUAL	9
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	31
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	31
3.3 PROCESOS REALIZADOS DEL INFORME	33
IV. RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	43
VII. REFERENCIALES	44
ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

El presente Informe de experiencia laboral, describe mis experiencias en el servicio de Neumología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Actualmente el Hospital Militar cuenta con 01 unidad de Neumología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular, contando con 66 camas de hospitalización, las cuales se encuentran en reparación 36 y quedando disponibles 30 camas, Las que se encuentran bajo la jefatura de 01 Enfermera Jefe de Servicio y 11 Enfermeras Asistenciales, alcanzando un universo de 180 pacientes anualmente que reciben atención médica.

El traumatismo torácico comprende una mortalidad entre el 20% - 25% ya sea este cerrado o penetrante. Se estima que el 33% de estas muertes suceden de inmediato y que el resto sobreviene como resultado de lesión, o de una complicación torácica. El 85 % de los traumatismos se resuelven de manera satisfactoria mediante una toracocentesis ó toracotomía mínima y la colocación de un drenaje torácico en el espacio pleural afectado, pero el 10% - 15% restantes presenta complicaciones como el hemotórax retenido, fistula broncopleural, empiema pleural que requieren resolución quirúrgica a través de una toracotomía exploradora. En la actualidad los casos de pacientes con drenaje torácico ha sabido acrecentarse como consecuencia de los múltiples problemas neumológicos cardiovasculares que hoy aqueja la población,

El rol asistencial del personal de enfermería en el servicio de Neumología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular del C-4 2 del Hospital Militar Central tiene un enfoque de cuidado integral, es decir considera a la persona como un ser multidimensional.

El presente informe consta de siete capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I describe el planeamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación; el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional donde se detalla la recolección de datos, la experiencia profesional y los procesos realizados en el tema del informe; el capítulo IV donde se exponen los resultados; el capítulo V las conclusiones, el capítulo VI las recomendaciones, capítulo VII referenciales y por último los anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está ampliando su programa de formación de personal sanitario en un 80% de los países de ingresos bajos y medios donde el traumatismo torácico representa un grave problema de salud pública, debido a la creciente incidencia de heridas y trauma cerrado no penetrante del tórax, como consecuencia de accidentes y de violencia, con graves repercusiones sociales y económicas tanto para los afectados, como para los centros asistenciales. (1)

En Estados Unidos y España, se ha comprobado un aumento en la incidencia de traumatismo torácico, donde la principal causa son los accidentes de tránsito en un 80% siendo mayormente traumatismo cerrado. Sin embargo se esta produciendo un aumento de las lesiones abiertas por armas de fuego y sobre todo por arma blanca, conforme aumenta la violencia en las población es civiles urbanas. Publicaciones recientes, demuestran que cerca del 15% de los casos requieren intervención quirúrgicas y el 85% pueden ser tratados con procedimientos sencillos: observación, tubo de toracostomía y soporte ventilatorio.

Según los últimos estadísticos presentes en el sitio del Departamento de Estadísticas e Informática en Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL) se puede evidenciar que los traumatismos son la segunda causa de atención en el servicio de urgencia de los distintos hospitales del país siendo solo superado por las enfermedades respiratorias.

Es indudable que los riesgos de morbimortalidad no han disminuido en forma significativa en los últimos años , debido a que las enfermedades de las vías respiratorias son mas frecuentes, aun cuando las lesiones o heridas representan un riesgo mayor que requiere atención clínico quirúrgico , con técnicas y cuidados específicamente de carácter médico.

En el Perú, el drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o liquido excesivo restaurando así la presencia negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar, es por ello que en un 60% de pacientes, la técnica de drenaje torácico implica la conexión de un sistema cerrado con sello de agua a un tubo o catéter torácico previamente colocado en el espacio pleural o cavidad torácica para evacuar la presencia de aire, liquido o sangre, lo cual produce un colapso pulmonar de grado variable con repercusión clínica en función de la reserva ventilatoria.

En el Hospital Militar Central los casos que se presentan anualmente son alrededor del 5% de pacientes adultos mayores lo que conlleva a tener una tasa de complicación del 1%; siendo las complicaciones más frecuentes el neumotórax.

1.2 OBJETIVOS

- Describir la Intervención de Enfermería en pacientes con drenaje torácico en la Unidad Hospitalaria del C-4 2 del Hospital Militar Central – 2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El Drenaje torácico es aquel sistema que, mediante uno ó varios tubos colocados en pleura o mediastino, facilita la eliminación del contenido liquido o gaseoso, es por ello que el presente Informe brindará datos confiables de la experiencia profesional en la intervención de enfermería en pacientes con drenaje torácico a fin de dar a conocer las estrategias y favorecer las condiciones óptimas de salud de toda persona, por ello debe velar en todo momento por el mejoramiento de una óptima atención en cada etapa de vida del ser humano y contribuir al fortalecimiento e identificación de la enfermera con la profesión, teniendo en cuenta los aspectos humanísticos y profesionales, los cuales permitirán formular, diseñar e implementar un plan de mejora y evaluarlo continuamente en el marco de reconocimiento en el desempeño del profesional en el área, como también mejorar la calidad en atención (cuidados de enfermería) y trato al paciente (usuario), así también, contribuir a disminuir las tasas de morbimortalidad para poder obtener un mejor nivel de satisfacción del paciente.

El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia de anómalas de aire o líquido excesivo, restaurando así la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar, o bien permitir el drenaje de la cavidad mediastinica que permita el correcto funcionamiento del corazón en los post operados. Por lo que con esta técnica se pretende evitar el colapso pulmonar o el taponamiento cardiaco evitando complicaciones al paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

HABLAY, Angela, DÍAZ, Nancy. Colombia (2014) En su tesis titulada: "Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería", cuyo objetivo es desarrollar un protocolo de cuidado de enfermería para los pacientes con tubo de tórax, dirigido a los estudiantes de enfermería principalmente aunque puede ser de utilidad también para los profesionales en la práctica clínica. Después de realizar una búsqueda en bases de datos, de bibliografía disponible con fecha de expedición no mayor de 10 años acerca de este tema, se encontró que existen muy pocos documentos desarrollados por enfermeros para la atención de estos pacientes, en consecuencia, se desarrolló un protocolo de cuidado interactivo y un video sustentado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Se lograron establecer las intervenciones de enfermería fundamentadas en la evidencia científica disponible, apoyándose en ayudas pedagógicas de fácil entendimiento, para que sean estudiadas y puestas en práctica por los estudiantes de enfermería de la universidad Nacional de Colombia. Se parte de la premisa de que es necesario adaptarlas según la valoración e identificación de necesidades de cada paciente en los tres momentos que incluyo el protocolo el antes, el durante y el después de la colocación del tubo de tórax.(2)

RIVAS, Lorena – Venezuela (2011), en su tesis titulada: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL “DR. RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ”. DISTRITO CAPITAL. SEGUNDO SEMESTRE AÑO 2010, El estudio tuvo como objetivo general Determinar los cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes con drenaje torácico hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Dr. Ricardo Baquero González, Parroquia Sucre del Distrito Capital . El tipo de investigación es de carácter descriptivo y transversal. La población estuvo integrada por 35 profesionales de enfermería que laboran en los Servicios de Cirugía. La muestra quedó constituida por 10 profesionales de enfermería, que durante el proceso de recolección de los datos fueron quienes se encargaron de proporcionar los cuidados a los enfermos con drenaje torácico, lo que representa el 29% de la población total. La recolección de los datos se efectuó a través de la observación, utilizando como instrumento una guía de observación que fue aplicada a la muestra durante 5 días continuos a fin de verificar la práctica. Para el procesamiento estadístico se utilizó una relación absoluta y porcentual además de la representación Gráfica. Los resultados permiten concluir que los cuidados ofrecidos por enfermería a los pacientes con drenajes torácico no son los adecuados o idóneos, razón por la cual se recomienda diseñar y poner en práctica programas de educación continua en servicio sobre el cuidado de dichos pacientes y que se fundamenten en el cumplimiento de las funciones asistenciales y docentes.(3)

ANDRADES, G Venezuela (2009), realizaron un estudio del traumatismo torácico. Estudio comparativo utilizando drenaje torácico con y sin succión en el Hospital Central de Maracay. El cual era de tipo descriptivo y experimental de comprobación su población fue de 93 pacientes con traumatismo torácico de las cuales 68% requirieron toracotomía con sonda, a 21 pacientes (30,88%) de les coloco succión el resultado obtenido del sistema de drenaje con succión para lograr una reexpansión pulmonías más rápida, una menor permanencia del tubo torácico y una estancia hospitalaria más corta. El trabajo se relaciona con la investigación planteada, pues en la misma se analizan indicadores similares según la variable estudiada, como es el caso de la atención directa al paciente con drenaje torácico.(4)

MOZOS Rosario, RODRÍGUEZ Elisabeth y otros. en su artículo titulado "drenajes torácicos", donde su objetivo es proporcionar al paciente los al paciente los cuidados cuidados necesarios que aseguren la correcta necesarios que aseguren la correcta evacuación de lo fluidos de la cavidad pleural consiguiendo con ello con ello su reexpansión pulmonar y mejora del patrón respiratorio.(5)

CHABLAY, Karina, Díaz, Viviana y otros. Colombia. (2014), en su tesis titulada: "Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería", cuyo objetivo es desarrollar un protocolo de cuidado de enfermería para los pacientes con tubo de tórax, dirigido a los estudiantes de enfermería principalmente aunque puede ser de utilidad también para los profesionales en la práctica clínica. Después de realizar una búsqueda en bases de datos, de bibliografía disponible con fecha de expedición no mayor de 10 años acerca de este tema, se encontró que existen muy pocos documentos desarrollados por

enfermeros para la atención de estos pacientes, en consecuencia, se desarrolló un protocolo de cuidado interactivo y un video sustentado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Se lograron establecer las intervenciones de enfermería fundamentadas en la evidencia científica disponible, apoyándose en ayudas pedagógicas de fácil entendimiento, para que sean estudiadas y puestas en práctica por los estudiantes de enfermería de la universidad Nacional de Colombia. Se parte de la premisa de que es necesario adaptarlas según la valoración e identificación de necesidades de cada paciente en los tres momentos que incluyo el protocolo el antes, el durante y el después de la colocación del tubo de tórax. (6)

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Drenaje Torácico

El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada de la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo restaurando así, la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar; o bien, permitir el drenaje de la cavidad mediastínica que permita el correcto funcionamiento del corazón en los post-operados de cirugía torácica o cardíaca. Por tanto, las situaciones que con la técnica se pretenden evitar son: el colapso pulmonar o el taponamiento cardíaco.

La técnica de drenaje torácico implica la conexión de un sistema cerrado con sello de agua a un tubo o catéter torácico previamente colocado en el espacio pleural o cavidad torácica, para evacuar la presencia de aire, líquido o sangre, lo cual produce un colapso pulmonar de grado variable con repercusión clínica en función de la reserva ventilatoria. Existen varios modelos de tubos torácicos, así

como sistemas de drenaje torácico, y su lugar de inserción dependerá del tipo de patología ante la que nos encontremos. Enfermería es fundamental en todo el proceso, tanto en la preparación del paciente, inserción, y mantenimiento adecuado para el éxito del tratamiento, como durante la extracción y posteriores cuidados del paciente

Objetivo de La Técnica

- Realizar en forma correcta la técnica de circulación de drenaje torácico, la misma que garantizara una manipulación aséptica y segura del tubo o catéter torácico, así como de la unidad de drenaje.
- Proporcionar al paciente los cuidados necesarios que asegure la evacuación continua de los fluidos a la presencia anómala de aire excesivo restaurando así, la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar

Técnicas

1. Monitorización continua de ECG, FC, FR, SatO₂, TA.
2. Administrar O₂ mediante mascarilla a flujo elevado.
3. Analgesia y sedación.
4. Abordaje y lugar de punción:
 - Anterior: paciente en decúbito supino, cabecera de la cama elevada 30° y elevación del brazo por encima de la cabeza. Zonas de punción: 2° EIC en línea media clavicular o 4° EIC en línea media axilar. Indicado en neumotórax, neumotórax a tensión, cualquier drenaje en niño pequeño, poco colaborador o enfermo grave.

- Posterior: paciente sentado, ligeramente inclinado hacia delante y brazos apoyados sobre una mesa. Punto de punción: 5-7° EIC, en línea axilar posterior o línea media escapular. Indicado en evacuación de derrame pleural, niño mayor y/o colaborador.
5. Infiltración de anestésico local por planos (piel, tejido celular subcutáneo, músculos y pleura). Aspirar a la vez que se infiltra, para confirmar la penetración en el espacio pleural y la presencia de aire.
 6. Por el mismo punto, introducir aguja o catéter sobre aguja del calibre correspondiente, unida a jeringa con 2 ml de SSF con un ángulo de 60°, por encima del borde superior de la costilla inferior (evitar paquete vasculonervioso intercostal), hasta alcanzar el espacio intercostal. Rectificar la inclinación a 90° y avanzar cuidadosamente hasta notar una disminución de resistencia (o bien burbujeo o retroceso del émbolo)
 7. Avanzar el catéter, retirar la aguja, y conectar el catéter a la llave de tres pasos. Aplicar la pinza hemostática a A B Figura 37. Abordaje anterior. 2° EIC línea media clavicular (A). 4° EIC línea media axilar (B). Abordaje posterior. 5-7° EIC línea axilar posterior. nivel de la piel, para mantener constante la profundidad de la inserción mientras se realiza la aspiración.
 8. Aspirar mediante la llave de tres pasos conectada a una jeringa. Se colocará en el caso de hemotórax la válvula de Heimlich si existe riesgo de entrada de aire del exterior a la pleura (ver sistemas de drenaje torácico).
 9. En caso de derrame, extraer inicialmente de 50 a 100 ml de líquido y valorar el estado clínico del paciente antes de continuar la aspiración. Recoger muestra en tubos estériles para cultivo, bioquímica, citología, pH. 10. Extraer la aguja o el angiocatéter y realizar radiografía de tórax de control para valorar resultado y descartar complicaciones posibles.

Materiales

- Anestésico local
- Sonda de toracotomía, de PVC, flexible, con franja radiopaca.
- Campos estériles
- Bata
- Guantes
- Jeringas
- Hoja y mango de bisturí
- Porta-agujas
- 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

Procedimientos

La realización de este procedimiento es llevado a cabo por el médico con el apoyo del personal de enfermería, el cual debe estar capacitado para proporcionar cuidados específicos y favorecer la pronta recuperación del paciente, además tendrá en cuenta reunir el material y equipos a utilizarse y en su respectivo lugar, asumirá las debidas asépticas y cuidados necesarios

Antes del procedimiento

- Informar al paciente del procedimiento en función de la edad.
- Explicar el procedimiento a los familiares y lo que se espera de ellos durante el mismo.
- Hacer firmar el consentimiento informado
- Registrar las constantes vitales del paciente y valoración del estado general • Proteger la cama con el impermeable y la media sábana
Preparación del Sistema Descartable de Drenaje Torácico
- 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.

Durante el procedimiento

- Asistencia al médico en la colocación del catéter e instauración del drenaje
- Lavado de manos.
- Abrir el equipo de cirugía menor.
- Proporcionar el antiséptico para la desinfección del sitio de incisión del tubo
- Entregar la jeringuilla y el anestésico para la punción
- Ayudar al paciente a colocarse en la posición óptima: En Semi-Fowler y decúbito dorsal para drenar aire (neumotórax). En Semi-Fowler y ligeramente lateralizado si lo que se pretende es drenar líquidos (hidrotórax, hemotórax o empiema) ya que por efecto de la gravedad tenderán a acumularse en la base del pulmón.
- Ayudar a cargar la anestesia local.
- Proporcionar el bisturí
- Proporcionar el tubo torácico

- Finalizada la inserción del tubo o catéter, retirar la protección del tubo largo de látex de la cámara de recolección del sistema de drenaje y colaborar en la conexión al paciente
- Asegurar todas las conexiones con abrazaderas.
- Promover la inspiración profunda y una espiración lenta en la medida de lo posible.
- Asistir al médico durante la fijación o sutura del catéter torácico a la piel.
- Enrollar el tubo conector de látex para que no haga bucles y asegurarlo a la cama.
- Colocar al paciente en posición cómoda (Semi-Fowler)
- Marcar el nivel original del drenaje conseguido.
- Desechar el material fungible y textil haciendo hincapié en la disposición final de los desechos hospitalarios.
- Lavado de manos

Después del procedimiento

- Aseo del paciente se realizara como cualquier paciente encamado, el Personal de Enfermería responsable, tendrá cuidado con los tubos para que no se desconecten.
- Vigilar el apósito que no esté manchado de sangre, caso contrario comunicar al Médico o Enfermera.
- Monitorizar signos vitales.
- Buscar signos de hemorragia en el sitio de incisión.
- Comprobar que el tubo de tórax no esté acodado y esté permeable.
- El tubo de conexión es el que conecta el tubo de tórax con el equipo de drenaje, vigilando que este libre de liquido de drenado para evitar disminuciones en la aspiración.
- Comprobar que el sistema de drenaje este vertical por debajo del tórax del paciente.

- Observar la presencia o ausencia de fluctuaciones en la cámara de sello de agua.
- Vigilar la cantidad drenada ya que si es superior a 150 ml/ hora de sangre se avisará al médico, también se observara la característica de liquido drenado Ej. Sangre serosanguinolento, seroso etc.
- Motivar al paciente realizar ejercicios respiratorios.
- Registrar en la hoja de enfermería las novedades observadas durante la realización del procedimiento.
- Clasificar los desechos de acuerdo a los niveles de almacenaje.

Complicaciones

Mayores:

- Hemotórax (lesión vasos intercostales).
- Neumotórax.
- Punción accidental pulmón, hígado, bazo o riñón.
- Infección cavidad pleural (< 2%).
- Edema pulmonar con hipoxemia e hipotensión grave tras evacuación de derrames masivos o tras una reexpansión rápida del pulmón colapsado.

Menores:

- Reflejo vasovagal.
- Dolor en la zona de punción.

Patologías tratadas con el drenaje torácico

Neumotórax: puede estar producido por diversas causas, entre ellas por una intervención quirúrgica ó una lesión pulmonar. Ocurre que el aire existente en los pulmones sobrepasa la pleura visceral al espacio pleural. Esto produce un cambio de presión intrapleural que pasa de ser negativa a positiva , con lo que disminuye el efecto de succión que ejerce la cavidad pleural sobre el tejido pulmonar. A consecuencia de esto los pulmones pueden colapsarse total ó parcialmente. En el Neumotórax abierto por una apertura en la pared torácica el aire de fuera entra a través del tórax y de la pleura parietal, en el espacio pleural.

Neumotórax a tensión: Es mas grave que el Neumotórax. Aparece cuando hay una fuga de aire hacia el espacio pleural, el aire queda atrapado, y el volumen de aire sigue aumentando. Al final la presión produce una desviación del mediastino, toda la zona mediastinica incluido el corazón y las demás estructuras se comprimen y se trasladan hacia la zona no afectada. La desviación puede ser tan importante como para colapsar en parte el pulmón libre y comprimir el corazón, limitando su movimiento. Cuando esto ocurre la vida del paciente esta en peligro.

Hemotórax-Hemoneumotórax: En el hemotórax se produce una acumulación de sangre en el espacio pleural y en el hemoneumotórax la acumulación es tanto de aire como de sangre. En ambos casos el resultado es el mismo, un aumento de la presión intrapleural y un colapso parcial ó total de los pulmones.

Neumectomía- Lobectomía Es la resección de parte o del total del parénquima pulmonar. En la neumectomía esta indicado la colocación de un drenaje que evacue durante el postoperatorio, el excedente de líquidos en la zona intervenida. El vacío anatómico que se crea al extirpar un pulmón, puede llevar al desplazamiento del mediastino debido a la perdida de equilibrio de presiones entre uno y otro lado del tórax. La doble

misión del sistema de drenaje es evacuar la cavidad torácica, y mantener constante la presión en la cavidad drenada, con lo que se evita el desplazamiento del mediastino

Descripción del equipo de drenaje

A. Tubo de tórax:

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. El tubo torácico es estéril y flexible de vinilo, silicona o látex no trombogénico multifenestrado en su extremo distal y con marcas radiopacas para facilitar su localización radiológica. Se podrá escoger entre diversos tamaños de longitud y grosor en función de la edad del paciente y finalidad terapéutica. Todos ellos disponen de un trocar metálico y rígido en su interior. Pueden ser colocados siguiendo el método trocar, no recomendado pues supone mayor riesgo de lesión, o el método de disección no penetrante que utiliza un fórceps para penetrar y facilitar su colocación en el espacio pleural a través de una incisión en la piel. Una vez ubicado deberá suturarse a la piel para impedir su desplazamiento. Los catéteres pleurales están diseñados para ser introducidos en el espacio pleural por punción, a través del interior de la aguja; o bien, mediante técnica de Seldinger. Estos últimos pueden ser rectos o de tipo "pigtail" o muelle por la forma de fijación que adopta su extremo distal una vez colocado. Para la evacuación de emergencia de un neumotórax a tensión suele utilizarse un angiocatéter o bránula corta conectada a llave de 3 pasos más jeringa o bien, a tubo de goma introducido unos 2 cms. en sello de agua (botella o frasco con suero fisiológico o agua estéril).

B. Unidad de Drenaje Torácico:

Todos los modelos tienen estructuras parecidas. Consta de un bloque de plástico que incorpora varias cámaras y 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:

- **Cámara Recolectora:** compartimentos graduados donde se recoge el líquido pleural y permite controlar el volumen, la velocidad, y el tipo de drenado.
- **Cámara 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, deja de 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 reexpanda el pulmón y rellene el espacio pleural. Cuando hay una ausencia inesperada de fluctuaciones podría deberse a la obstrucción del tubo.

- **Cámara de Control de Aspiración:** 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 mas ó 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 externa esta correctamente conectada. En caso de no tener que poner aspiración se debe de dejar la conexión de aspiración del sistema de drenaje abierta al aire.

Papel de Enfermería en el cuidado de los drenajes torácicos

Los profesionales de enfermería que trabajan con estas personas no sólo deben tener conocimiento de anatomía y fisiología de la respiración, de sistemas de drenaje y de succión y de sus mecanismos de acción, sino también de una parte muy importante: apropiarse de elementos que los capaciten para dar el soporte emocional a la persona afectada por estos padecimientos y a su familia, pues el problema no es solamente físico sino emocional. Además, debe saber detectar todos los problemas que pueden desarrollarse en un sistema de tubo de tórax y sus efectos, para prevenir complicaciones que pueden ser fatales para la persona. Es así como el proceso de enfermería es un instrumento de cuidado a las personas que la (el) enfermera (o) debe abordar para garantizar la integridad de las mismas. 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.

Conocer los principios técnicos básicos para su correcta utilización nos permitirá una actuación eficaz y eficiente durante la colocación del sistema de drenaje; así como, en la valoración, control, seguimiento y evolución del paciente una vez instaurado el drenaje torácico. 11 El cuidado de los pacientes con drenajes torácicos intrapleurales requiere el conocimiento y la habilidad para garantizar la seguridad del paciente.

Funcionamiento del sistema desechable de recogida Pleur-evac

Se trata de un sistema compacto de recogida de drenaje con sello de agua de manejo fácil construido sobre la base del sistema convencional de montaje de drenaje de aspiración de tres botellas. Este sistema se basa en el utilizado en 1876 por Gotthard Bülau para el tratamiento de empiemas y que ha dado nombre a los sistemas de recogida de drenajes torácicos con sello de agua. Más tarde, en 1910, Robinson añadió aspiración al sistema utilizando bombas de vacío (fig. 1). Es un sistema seguro que ocupa poco espacio al lado de la cama del paciente, resulta fácilmente transportable y es resistente a las rupturas.

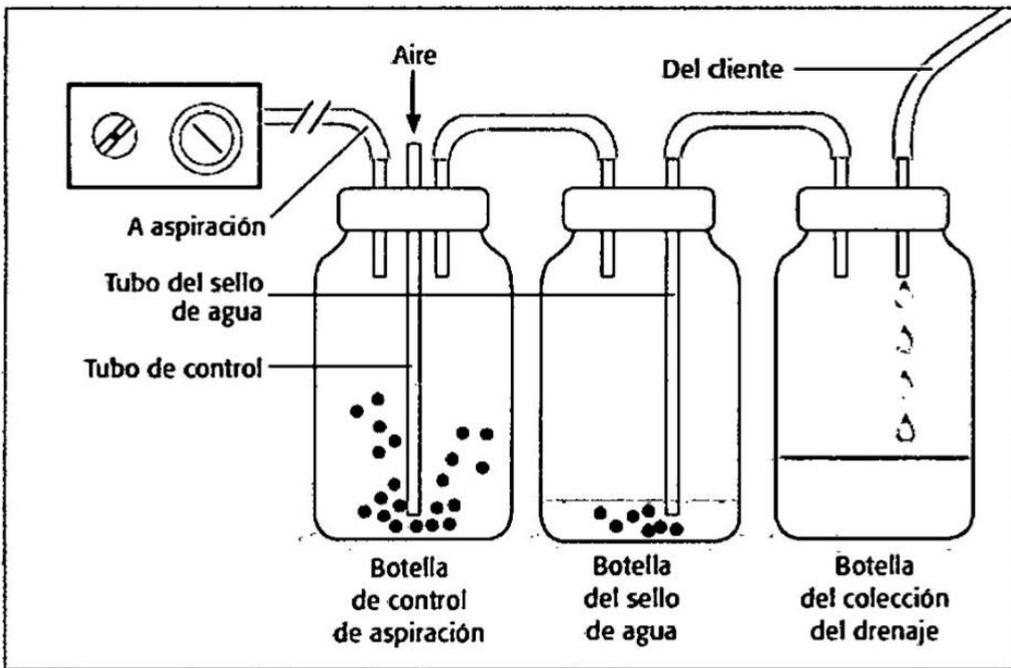


Figura 1.

Mecanismo de actuación del sistema

A fin de utilizar correctamente el equipo y de interpretar de modo adecuado tanto el funcionamiento normal como la presencia de cualquier anomalía, es necesario conocer el mecanismo mediante el cual actúa el sistema.

El Pleur-evac consta de tres cámaras:

1. Cámara de recolección, formada por tres columnas calibradas para controlar el volumen evacuado con capacidad total para 2.500 ml. Cuando se llena la primera cámara, pasa a la segunda, y sucesivamente a la tercera. Permite controlar el volumen, la velocidad y el tipo de drenaje.

Posee un sellado diafragmático que nos permite retirar muestras de drenaje para analizar sin necesidad de interrumpir el resto del sistema. Siempre hay que limpiar el diafragma con una solución antiséptica antes de extraer el líquido drenado.

2. Cámara del sello hidráulico. Consta de un reservorio para el agua y está conectada con la cámara de recolección y con la cámara de control de aspiración. Tiene tres finalidades:

- Permitir a la fuente de aspiración extraer aire del tórax del paciente a través de la cámara de recolección.
- Impedir que vuelva a entrar aire al cerrar la comunicación entre el tubo torácico del paciente y la atmósfera exterior.
- Permitir visualizar la salida de aire del tórax del paciente mediante el burbujeo en la cámara.

Además, la cámara del sello hidráulico lleva incorporadas dos válvulas:

- Válvula de alta presión negativa que protege al paciente contra la aspiración del aire ambiente hacia la cavidad torácica, si se pierde el sellado hidráulico.

- Válvula de escape de presión positiva. Evita la producción de un neumotórax a tensión si hay un aumento brusco de presión positiva en la cavidad torácica (p. ej., tos, pliegues del tubo, mal funcionamiento de la aspiración). Se activa para facilitar la fuga de presiones superiores a 3 cmH₂ O.

3. Cámara de control de aspiración. Se encarga de regular la intensidad de aspiración. La máxima en el espacio pleural es de 15 mmH₂ O. Utiliza un sistema de burbujeo para mantener la aspiración en el nivel deseado. El nivel de agua está claramente marcado, pero se puede llenar a varios niveles de aspiración según la indicación médica o la normativa del servicio. Está en contacto con la atmósfera exterior. El nivel de agua es igual a la aspiración ejercida mientras la cámara burbujee. Si aumenta la aspiración de la fuente de vacío por encima del nivel al que está llena la cámara de control de aspiración (nivel deseado de presión negativa), pasa aire atmosférico a través de la cámara para mantener la aspiración al nivel deseado y para que el exceso de aspiración no se transmita al paciente. Si se produce un mayor escape de aire en el paciente, la aspiración lo extrae automáticamente. Dispone de un diafragma de goma que permite añadir agua de llenado y reponer la que se va perdiendo por evaporación. El aumento del burbujeo de la cámara causa una evaporación más rápida. A medida que baja el nivel, disminuye la capacidad de aspiración transmitida a la cavidad pleural. Esta cámara ha de burbujear continuamente: esto nos indicará el buen funcionamiento del sistema. El manómetro de control de aspiración indica hasta 29 cmH₂ O de aspiración. El paciente portador de drenaje torácico precisa caminar lo más pronto posible. Actualmente se comercializa un sistema de recogida del líquido drenado que no precisa agua, que es de pequeño tamaño y que proporciona al paciente una total comodidad de movimientos (fig. 2).



Figura 2.

El Pleur-evac® consta de dos conexiones externas:

- Una para conectar a la fuente de vacío desde la cámara de control de aspiración a través de un tubo de 30 cm de goma de látex.
- Otra para conectar el sistema al tubo torácico del paciente desde la cámara de recolección a través de un tubo de goma de látex de 150 cm.

Durante la espiración, el aire sale de la cavidad pleural produciendo burbujeo en la cámara del sellado hidráulico. Esto se repite en cada espiración. En los pacientes con ventilación mecánica, la salida de aire del tórax a través del tubo de drenaje se produce durante la inspiración. Si el burbujeo es muy vigoroso, puede ser debido a otra salida de abundante aire desde el tórax al drenaje, o a que esté entrando aire desde la atmósfera al sistema a través de alguna conexión, o incluso a una ruptura del drenaje. En estos casos es necesario comprobar el buen

funcionamiento de todo el sistema, pinzarlo momentáneamente a la altura del apósito con unas pinzas acolchadas o, en su defecto, con unas pinzas con gasas.

Preparación del Pleur-evac

Siga los siguientes pasos:

1. Retire el envoltorio y utilice el soporte para el suelo o los dos colgadores para sujetarlo a la cama y mantenerlo derecho.
2. Retire la conexión del tubo de 30 cm con técnica aséptica y proceda a llenar la cámara de sellado hidráulico utilizando la jeringa de 50 ml sin émbolo y el suero fisiológico estéril. Si no hay indicación expresa en otro sentido, tiene que llenar la cámara hasta el nivel de 2 cm. Por tanto, necesitamos 70 ml de suero fisiológico. Vuelva a colocar el conector (fig. 3).
3. Observe periódicamente que el cierre de seguridad tenga una profundidad de 2 cm de agua y la presencia o ausencia de burbujeo (fig. 4).



Fig. 3



Fig. 4

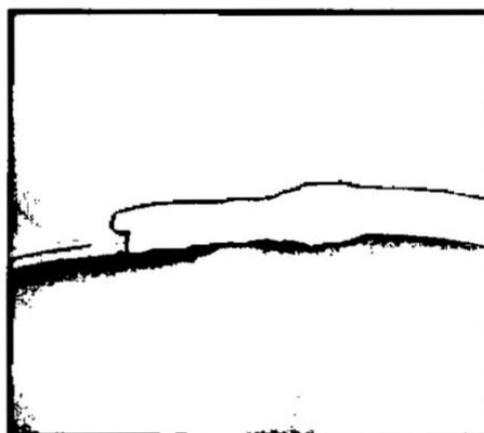
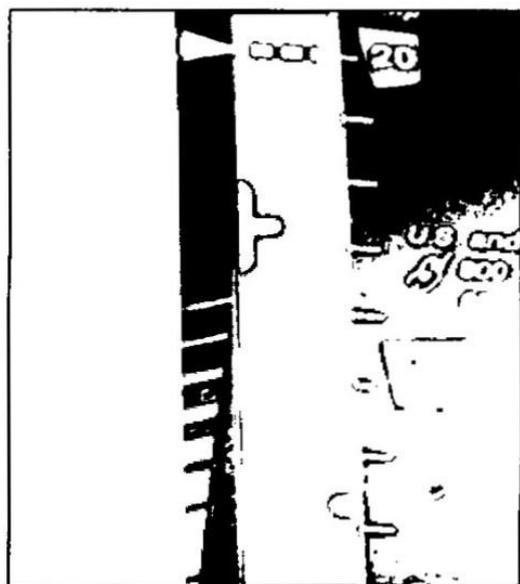
4. Utilizando la jeringuilla sin émbolo, llene la cámara de control de aspiración según el nivel deseado.
5. Habitualmente se llena la cámara hasta el nivel de 20 cm. Para hacerlo necesitarán 420 ml de suero fisiológico. Vuelva a poner la tapa. Indica presión negativa de aspiración de 20 cmH₂O.
6. Compruebe, en la cámara de control de aspiración, que el nivel de agua –y por tanto de aspiración– sea el adecuado
7. Tiene que comprobar cada 8 horas el nivel de agua en la cámara de control de aspiración. Si se ha evaporado parte del agua, tiene que llenar la cámara. Para hacerlo ha de parar la aspiración
8. Retire el protector de la conexión del tubo de 150 cm y conéctelo al tubo torácico del paciente.
9. Coloque el Pleur-evac® por debajo del nivel del tórax para facilitar el drenaje por gravedad y evitar que vuelva a entrar el material drenado.
10. Retire las pinzas del tubo torácico y manténgalas cerca para poder volverlas a utilizar en caso de desconexión, roturas, etc.
11. Compruebe el buen funcionamiento del sistema asegurándose de que el drenaje se está produciendo correctamente.
12. Cuando el drenaje no es eficaz y para prevenir cualquier adherencia que provoque un mal funcionamiento del sistema, estimule a su paciente a realizar ejercicios de movilización.
13. Selle las conexiones con cinta adhesiva, fije los tubos a la cama de manera que queden firmes y manténgalos al descubierto para poder detectar rápidamente pliegues, desconexiones u obstrucciones.
14. Conecte el sistema de aspiración al tubo de 30 cm, si está indicado, y ponga la aspiración en funcionamiento.
15. Aumente la aspiración poco a poco, hasta que en la cámara de control de aspiración se inicie el burbujeo. Un burbujeo suave indica un nivel adecuado de aspiración.

16. Si no se ha pautado aspiración, mantenga el tubo de 30 cm abierto.

Esto mantiene en el sistema una presión negativa o equilibrada.

17. Las pérdidas de aire detectadas en la cámara de sellado hidráulico pueden provenir de:

- Los pulmones.
- La conexión con el catéter torácico.
- Una conexión floja con el sistema de drenaje.
- Una ruptura en el sistema de recogida.



Teoría de Kristen Swanson

De acuerdo a la propuesta que se realizó en un inicio, desarrollamos el trabajo basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, teóricamente para la disciplina de enfermería esta teoría es vital ya que enmarca los principios del cuidado que es un pilar fundamental, esta teoría sirve como guía para los y las enfermeras, dado que se puede poner en práctica en todo tipo de casos, ya que si bien en sus inicios se estudiaron casos más puntuales, finalmente se logró una teoría de amplio alcance. Como indica Rodríguez Campo "Dependiendo del cuidado que se ejerza sobre los pacientes, este afectara en su estado anímico y en consecuencia, en su recuperación o buen morir".

Este aspecto nos lleva a pensar la utilidad para la práctica de enfermería, que ha tenido el modelo, aunque es sencillo, su gran aporte aborda al individuo con muchas de sus características, para apoyarlo en sus necesidades, no solo esto también contribuye con el ser en otras áreas que son de importancia para un bienestar para con los demás, es así como Según Reynolds, el modelo teórico es útil para la aplicabilidad en la práctica. Alrededor del mundo, varios países han adoptado este modelo para ofrecer una formación integral, para ello se hace necesario analizar las perspectivas diferentes que el cuidado aborda, para así comprenderlo, para esto es necesario, llegar a él, sentirlo y proyectarlo y de esta manera, entenderlo, ya que tiene en su complejidad un sentido altruista, pero da cabida a profesores iniciar a los nuevos estudiantes en la profesión, sumergiéndolos en el lenguaje de lo que significa cuidar y ser cuidado, para promover, restaurar, o mantener el bienestar óptimo de las personas. Sin duda alguna, como profesionales de enfermería la mejor forma de sustentar los conocimientos es a través de teorías que intenten explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina, socialmente vemos como la teoría se puede aplicar no solo en el campo de la práctica clínica sino también con cada uno de las personas que se

encargan del cuidado a un semejante, no importa si es a nivel profesional o no. La Teoría de Cuidado para el bienestar, de Kristen Swanson habla de cinco procesos: conocer, mantener la fe, estar con, hacer por y posibilitar; A decir de Marriner " estos procesos al ser aplicados en la práctica permiten brindar cuidado para el bienestar que pueden aplicarse en toda situación donde se dé una relación de cuidado", esta es la razón por la que se utilizó la teoría que se va a aplicar al protocolo: (13)

1. Conocer . El Conocimiento o búsqueda es un esfuerzo por entender el significado de un suceso tal cual en la vida del otro, desde lo emocional, desde sus capacidades y desde sus conocimientos; centrándose en la persona que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado, para que se fortalezca éste proceso.

2. Estar con La compañía es estar emocionalmente presente en el otro, que la persona perciba que estamos disponibles para aclarar sus dudas y enseñarle lo que ella necesita hasta que se empodere del cuidado. Ello implica compromiso, estar ahí, capacidad de comunicación, compartir sentimientos sin abrumar y transmitir disponibilidad.

3. Hacer por o para Hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. También implica que en nuestro actuar hagamos las cosas bien, informemos y expliquemos de la mejor manera y a su vez reconfortemos al otro.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Pleura:** membrana serosa que recubre las paredes de la cavidad torácica y los pulmones.
- **Hemotórax:** presencia de sangre en la cavidad pleural.
- **Neumotórax:** Es una discapacidad que afecta la cavidad pleural, una cavidad virtual delimitada por dos membranas delgadas, la pleura, que cubre la caja torácica y la parte exterior de los pulmones.
- **Drenaje Pleural:** colocación de un tubo flexible y hueco puesto dentro cavidad pleural.
- **Drenaje Torácico:** colocación de un tubo flexible y hueco puesto dentro de la cavidad torácica.
- **Tubo pleural.** Tubos siliconados, flexibles y huecos de variadas medidas.

- **Toracentesis:** Es la punción transcutánea con aguja y aspiración con jeringa de las colecciones contenidas en la cavidad pleural. Se utiliza más como método diagnóstico para obtener muestras para estudio y algunas veces como método terapéutico cuando se quieren evacuar estas colecciones.
- **Toracostomía drenaje cerrado (tubo de tórax).** Es la implantación de un tubo dentro de la cavidad pleural a través de una incisión en la pared torácica.
- **Sistema Cerrado de Drenaje.-** son sistemas de drenaje con sello de agua que se conectan bajo un catéter , tubo o sonda de toracotomía para extraer el aire o líquido fuera del espacio pleural. Evitando su retorno. Para ello se utilizan tres mecanismos que son la presión respiratoria positiva la gravedad y la aspiración.
- **Cuidados de enfermería.-** Acciones y tareas que un enfermero/a despliega en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS:

El presente informe se llevó a cabo en el servicio de Neumología y Cirugía de Tórax y cardiovascular; obteniendo información por medio del:

- Libro de Estancias del Servicio
- Guías del paciente post-operado del drenaje torácico
- Informe Estadístico Anual del Servicio de Cirugía y Tórax
- Guías de Observación
- Guías de Entrevistas
- Manual de Atención al paciente postoperado
- Revista Médica del Departamento de Cirugía de Tórax del Hospital Militar.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

El Hospital Militar Central denominado Crl. Luis Arias Schreiber es el principal hospital de las Fuerzas Armadas, es una Institución de Salud encargada de brindar atención al personal militar y familia militar del Ejército del Perú. Fue inaugurado EL 1° de Diciembre de 1958 durante el gobierno del Presidente Manuel Prado.

En 1974 fue remodelado y ampliado. Cuenta con la más completas unidades de atención y equipamiento de alta tecnología, estado categorizado como un Hospital III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de atención) .

El Hospital Militar se encuentra ubicado en la Av. Faustino Sánchez Carrión en el distrito de Jesús María en la Ciudad de Lima.

El Hospital Militar está constituido por 06 Pabellones; 01 auditorio, 01 biblioteca, área deportiva, 30 servicios médicos, 01 área de emergencias, 04 salas de operaciones, 01 área de recuperación.

El Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular se encuentra ubicado en el Pabellón C del 4to. piso: está constituido por 01 Ambiente que consta de 66 camas, las cuales se encuentran en reparación; Jefatura del Médico, Jefe del Servicio, 01 Sala de Procedimientos especiales, 01 Tópico de Enfermería, 01 Estación de Enfermería, 01 de Hall de Espera.

Mi experiencia profesional se inició cuando ingresé a laborar en el año 2007 al 2017, en el área de cirugía de tórax y cardiovascular; a nivel profesional; asumiendo progresivamente mayor responsabilidad en el campo laboral; contando con una serie de herramientas que configuraron mi perfil profesional; como conocimientos, habilidades, formación académica y la experiencia laboral adquirida.

Funciones de enfermería en pacientes con drenaje torácico del C-4-2

- Evaluación general del paciente; estado de conciencia, funciones vitales; zona post operada.
- Observar la cantidad y característica del líquido drenado, marcando el nivel de agua y la hora de mediación.

- Registrar en la historia clínica las funciones vitales del paciente, cuidados, permeabilidad, salida de aire; cantidad, características.
- Curación diaria de la zona de inserción del tubo de drenaje.
- Durante la observación diaria; evaluar las posibles complicaciones; como enfisema, hemotórax, neumotórax; que debe ser comunicado al médico y tranquilizar al paciente.
- Evitar en todo momento, los acodamientos de las sondas.
- Vigilar el punto de inserción del drenaje para evitar que éste se salga.
- Tener a la mano pinzas de clamp por si se produce cualquier desconexión.
- Todo sistema de drenaje debe vigilarse que se encuentre por debajo del tórax.
- El tubo del tórax debe pinzarse cuando se cambie la unidad de drenaje; al movimiento posicional.
- Atender las necesidades básicas del paciente como aseo, movilización, confort.
- Administración de analgésicos si el paciente lo requiere.
- Realización de fisioterapia respiratoria si estuviese indicado.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA

Caso relevante

Encontrándome de servicio de diurna en la Unidad de Neumología y Cirugía de Tórax Cardiovascular, asignada al área de cirugía, se encontraba post operada al tercer día un técnico del ejército de 40 años a quien se le colocó el drenaje torácico en hemotórax lado izquierdo debido a un derrame pleural producto de un accidente automovilístico. Mi colega; la cual salía del servicio; al realizar el

cambio de frasco, colocó mal el tubo de drenaje en el frasco; causando un hemotórax al paciente.

Al ver al paciente y luego de realizar la valoración física y el control de sus funciones vitales, comuniqué al médico que se encontraba en el servicio de dicha área.

Después de evaluar al paciente; indicó que se llevara inmediatamente a la Sala de Broncoscopía o procedimiento. Procediendo al traslado del paciente para una atención inmediata.

Innovaciones

- Se realiza capacitación al personal de enfermería cada 6 meses (tanto técnicas como enfermeras)
- Se realiza trabajo de investigación anualmente
- Se brinda periódicamente charlas educativas al paciente y familia durante su estancia.
- Incentivar la realización de Talleres de Aprendizajes.

Aportes

- Brindar guías de atención a pacientes con drenaje.
- Fomentar la salud; mediante capacitaciones mensuales al personal de enfermería.
- Estimular la realización de protocolos que unifiquen criterios para el cuidado del paciente.
- Realización de Talleres de Aprendizaje.

Limitaciones

- Carencia de material médico
- Falta de personal médico y enfermería que brinda una mejor atención.
- Falta de capacitación periódica.
- Falta de evaluación del personal.
- Mala infraestructura, falta de ambientes, coimas sin reparar; baños en mal estado.
- Falta de medicamentos y material descartable.

IV. RESULTADOS

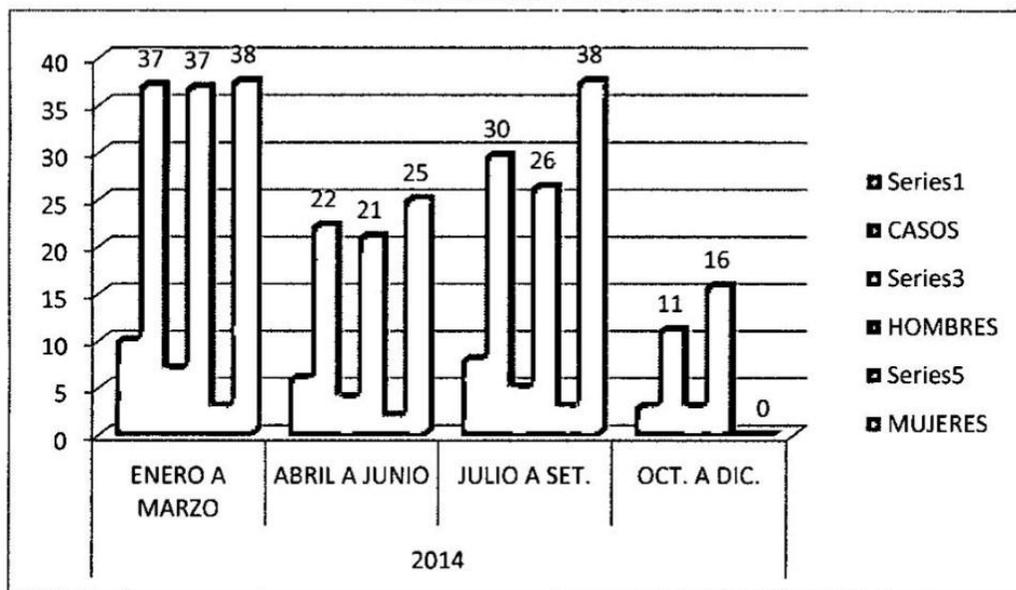
Tabla N° 4.1

INTERVENCIÓN Y CASOS DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁCICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014

		CASOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
2014	ENERO A MARZO	10	37	7	37	3	38
	ABRIL A JUNIO	6	22	4	21	2	25
	JULIO A SET.	8	30	5	26	3	38
	OCT. A DIC.	3	11	3	16	0	0
	TOTAL	27	100	19	100	8	100

Gráfico N° 4.1

INTERVENCIÓN Y CASOS DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁCICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014



De acuerdo a la gráfica podemos ver que en el año 2014 del 27 casos (100%) en el mes de enero a marzo hubieron más 10 casos (37%) que los siguientes meses donde prevaleció el género masculino.

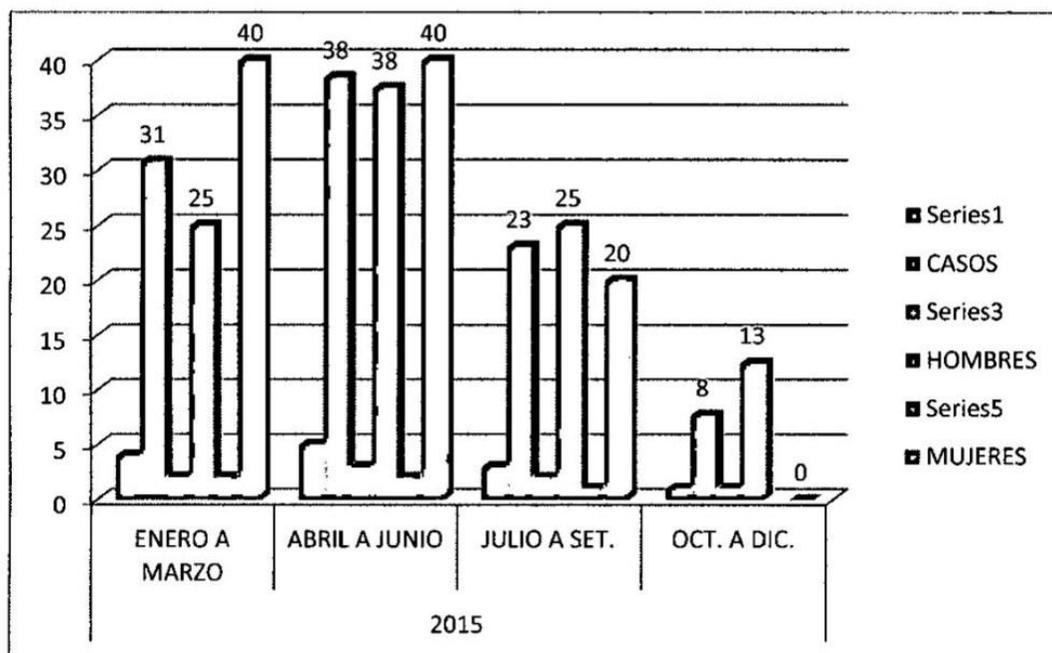
Tabla N° 4.2

INTERVENCIÓN Y CASOS DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2015

		CASOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
2015	ENERO A MARZO	4	31	2	25	2	40
	ABRIL A JUNIO	5	38	3	38	2	40
	JULIO A SET.	3	23	2	25	1	20
	OCT. A DIC.	1	8	1	13	0	0
	TOTAL	13	100	8	100	5	100

Gráfico N° 4.2

INTERVENCIÓN Y CASOS DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2015



De acuerdo a la gráfica podemos ver que en el año 2015 de 13 casos (100%) en el mes de abril y mayo hubieron más de 5 casos (38%) que los siguientes meses donde prevaleció el género masculino.

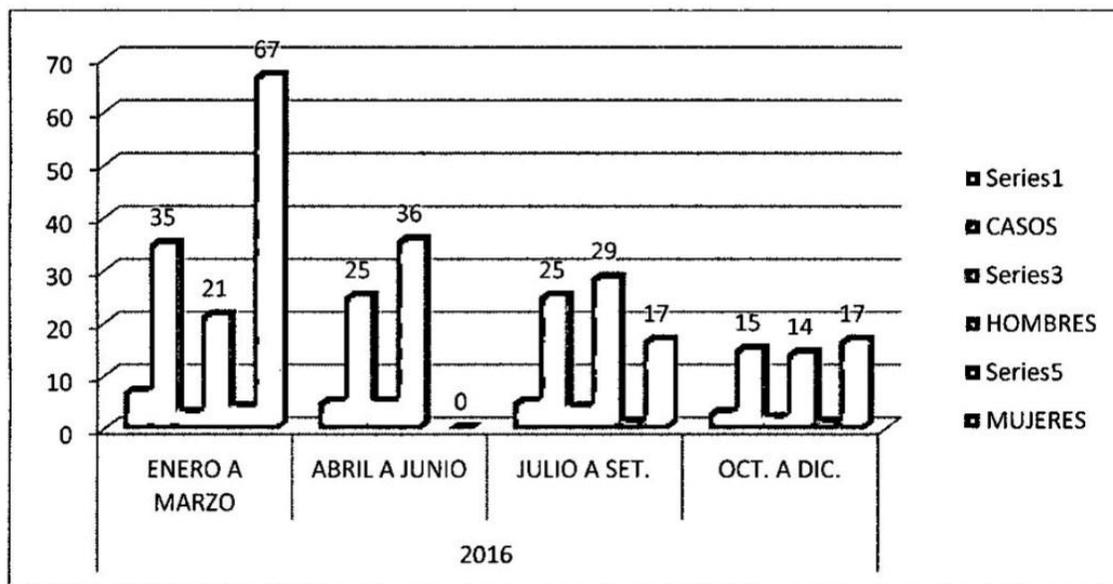
Tabla N° 4.3

**INTERVENCIÓN Y CASOS DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO
EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL 2016**

		CASOS	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
2016	ENERO A MARZO	7	35	3	21	4	67
	ABRIL A JUNIO	5	25	5	36		0
	JULIO A SET.	5	25	4	29	1	17
	OCT. A DIC.	3	15	2	14	1	17
		20	100	14	100	6	100

Gráfico N° 4.3

**INTERVENCIÓN Y CASOS DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO
EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL 2016**



De acuerdo a la gráfica podemos ver que en el año 2016 de 20 casos (100%) en el mes de enero a marzo hubieron más de 7 casos (35%) que los siguientes meses donde prevaleció el género masculino.

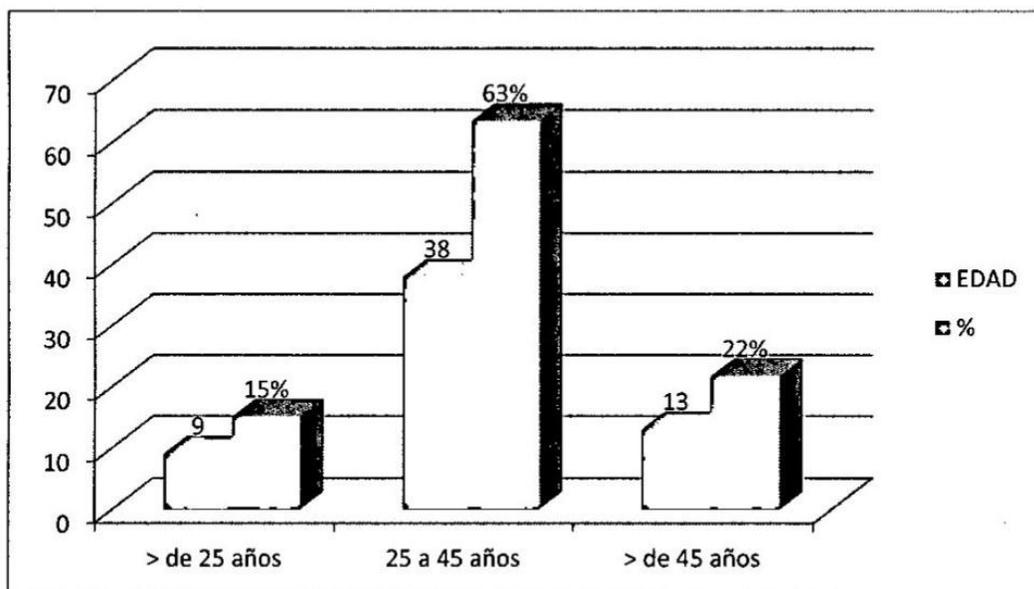
Tabla N° 4.4

EDADES DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014-2016

Edades	Pctes.	%
> de 25 años	9	15
25 a 45 años	38	63
> de 45 años	13	22
TOTAL	60	100

Gráfico N° 4.4

EDADES DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014-2016



En la gráfica podemos apreciar que en los años 2014 al 2016 los pacientes que ingresaron fueron con un 63% de las edades de 25 a 45 años.

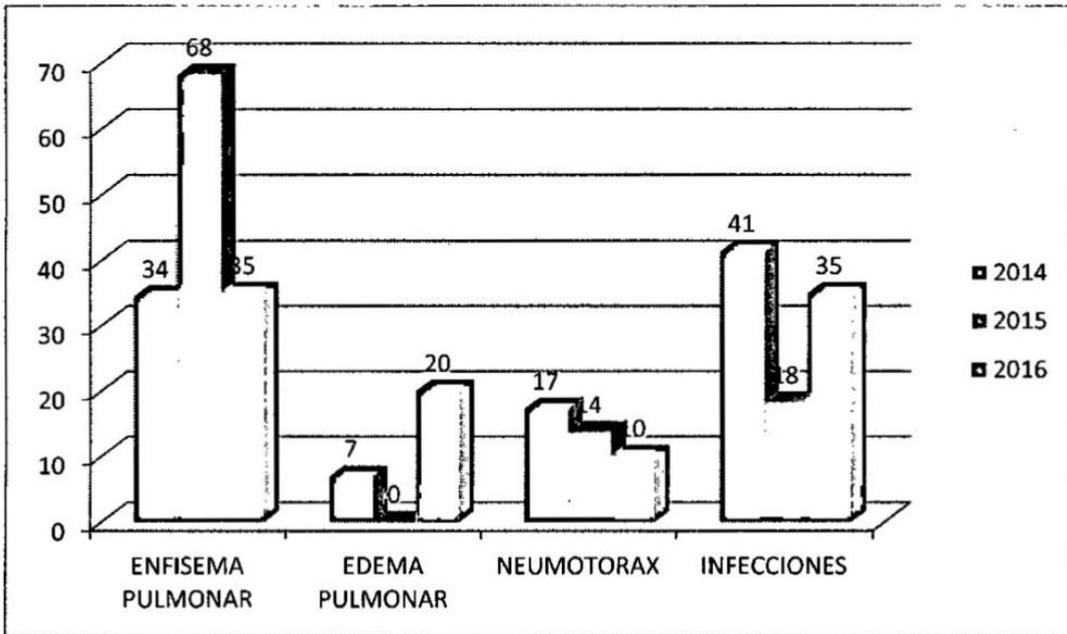
Tabla N° 4.5

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014-2016

	2014	%	2015	%	2016	%
ENFISEMA PULMONAR	10	34	15	68	7	35
EDEMA PULMONAR	2	7	0	0	4	20
NEUMOTÓRAX	5	17	3	14	2	10
INFECCIONES	12	41	4	18	7	35
TOTAL	29	100	22	100	20	100

Gráfico N° 4.5

COMPLICACIONES DE PACIENTES CON DRENAJE TORÁXICO EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014-2016



De acuerdo a la gráfica podemos ver que en el 2014 las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones (41%) seguidas de la enfisema pulmonar (34%), en el 2015 la complicaciones fueron las enfisemas pulmonares (68%) y en el 2016 igual con un (35%) prevaleció las complicaciones en enfisema pulmonar y las infecciones.

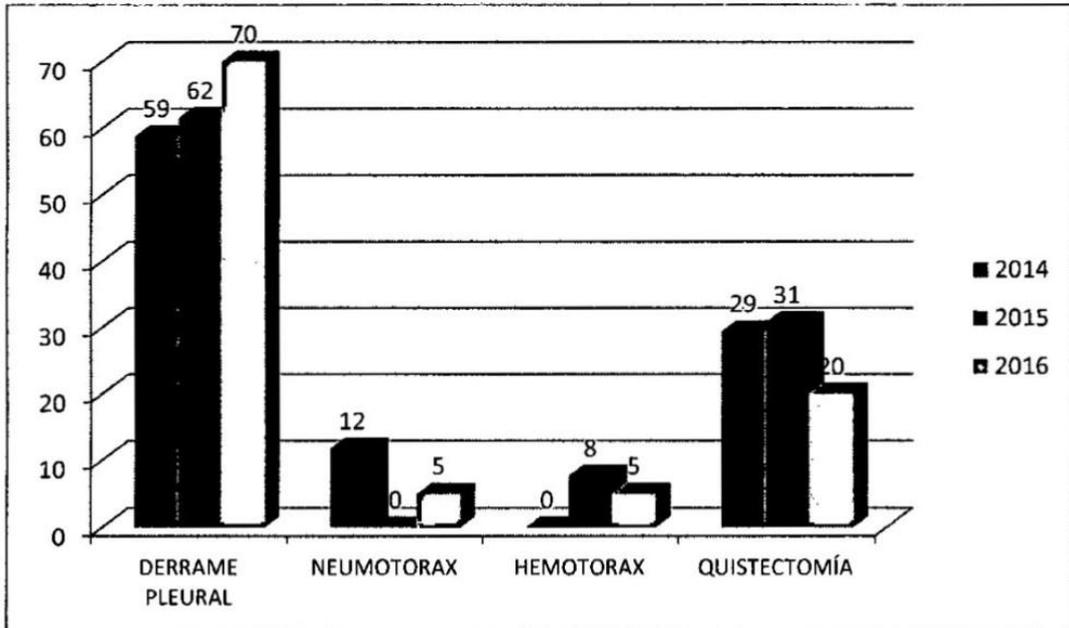
Tabla N° 4.6

CASOS MAS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX Y NEUMOLOGÍA EN EL QUE SE INSTALA UN DRENAJE DE TÓRAX EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014-2016

	2014	%	2015	%	2016	%
DERRAME PLEURAL	10	59	8	62	14	70
NEUMOTÓRAX	2	12	0	0	1	5
HEMOTORAX	0	0	1	8	1	5
QUISTECTOMÍA	5	29	4	31	4	20
TOTAL	17	100	13	100	20	100

Gráfica N° 4.6

CASOS MAS FRECUENTES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX Y NEUMOLOGÍA EN EL QUE SE INSTALA UN DRENAJE DE TÓRAX EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL C-4 2 DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL 2014-2016



En la gráfica podemos decir que los casos más frecuentes en el servicio de cirugía de los años 2014 fueron los de derrame pleural (59%), en el 2016 también el derrame pleural con 61% y en el 2016 el derrame pleural con 70%.

V. CONCLUSIONES

- a) Podemos concluir que en el año 2014 hubieron intervenciones de 27 casos de pacientes con drenaje torácico donde en el mes de enero y marzo 10 fueron los casos con un 37%, seguido en el año 2015 en los meses de abril-mayo 5 casos (38%) y en el 2016 con 7 casos en los meses de enero – marzo en la cual prevaleció el género masculino..
- b) Los pacientes que ingresaron para intervención de drenaje torácico fueron en un 63% de la edad de 25 a 45 años, existiendo en el 2014 al 2016 las complicaciones como las infecciones en general, enfisema pulmonar, edema pulmonar y neumotórax.
- c) Los casos más frecuentes en el servicio de cirugía de los años 2014 al 2016 fueron los de derrame pleural, quistectomía. neumotórax y neumotórax.

VI. RECOMENDACIONES

- a) El personal de enfermería debe recibir capacitación permanente de acuerdo a la vanguardia de los avances tecnológicos y científicos para garantizar así una atención de calidad en la intervención de drenajes torácicos a pacientes.
- b) Participar en los talleres de autoestima personal, la capacitación de liderazgo y el análisis crítico que los conduzcan a tener seguridad en el cuidado de pacientes con intervención de drenaje torácico.
- c) Recomendar a las autoridades de la Institución que la Unidad Hospitalaria C4.2 debe de estar equipado y proporcione materiales y equipos para brindar una mejor atención de calidad y así ayudar al paciente en su etapa de hospitalización hasta su alta.

VII. REFERENCIALES

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). traumatismo torácico representa un grave problema de salud pública. 2013
2. HABLAY HINOJOSA, Angela Karina, Díaz Barrios Nancy Viviana. En su tesis titulada: "Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería". Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería, Especialización Enfermería Cardiorrespiratoria Bogotá D.C, Colombia 2014
3. RIVAS, Lorena – Venezuela (2011), en su tesis titulada: "Cuidados De Enfermería A Pacientes Con Drenaje Torácico, Hospitalizados En El Servicio De Cirugía Hospital "Dr. Ricardo Baquero González". Distrito Capital. Segundo Semestre Año 2010,
4. MOZOS Rosario, RODRÍGUEZ Elisabeth y otros. en su artículo titulado "drenajes torácicos",
5. RODRÍGUEZ C. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enfermería Global volumen 11. Chile. 2008. Disponible [on line] http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S16951412012000400016&script=sci_arttext. Consultado en 06 de Octubre del 2014.

6. CHABLAY, Karina, Díaz, Viviana y otros. Colombia. (2014), en su tesis titulada: "Protocolo de cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la facultad de Enfermería",

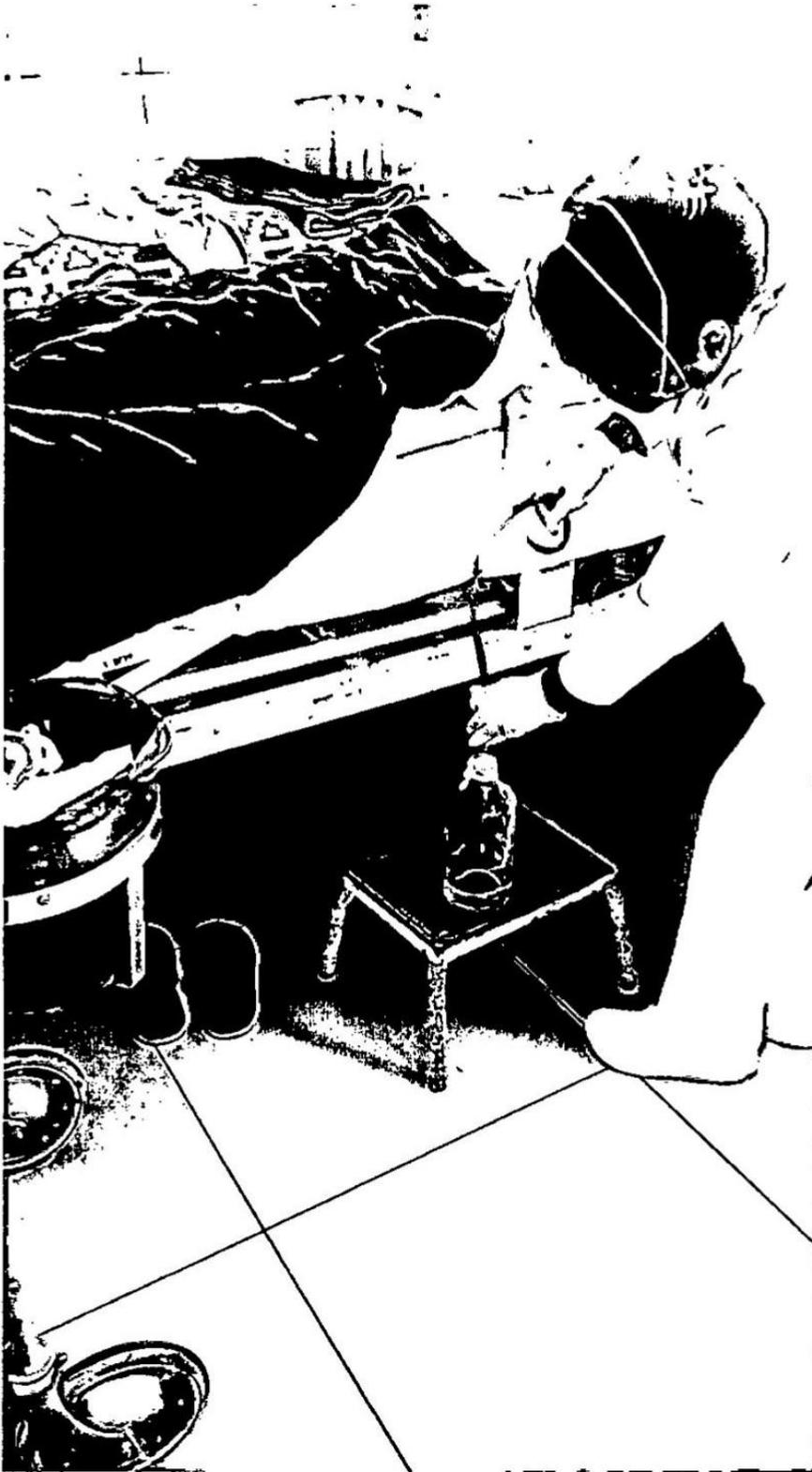
7. MARRINER, T. Modelos y teorías de enfermería. Kristen Swanson. Estados Unidos, Año 2006. Disponible [on line] http://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=ES&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false. Consultado en 20 de Agosto 2014

ANEXOS

**PACIENTE CON DRENAJE TORÁXICO DE LA UNIDAD DE
HOSPITALIZACIÓN DEL C-42**

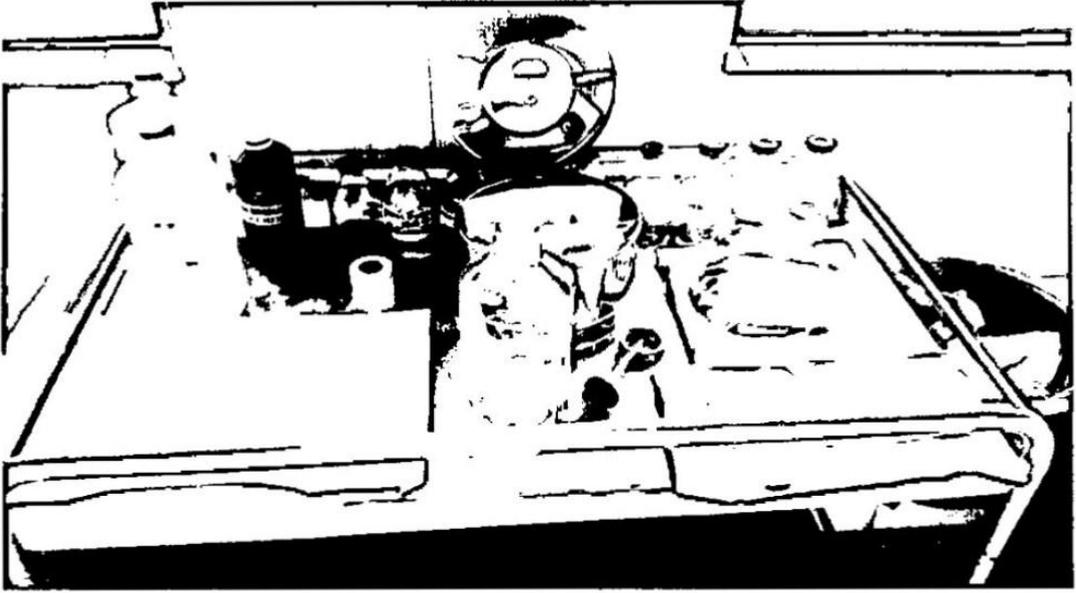


ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE CON DRENAJE TORÁXICO DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DEL C-42



PREPARACIÓN DEL COCHE DE CURACIONES





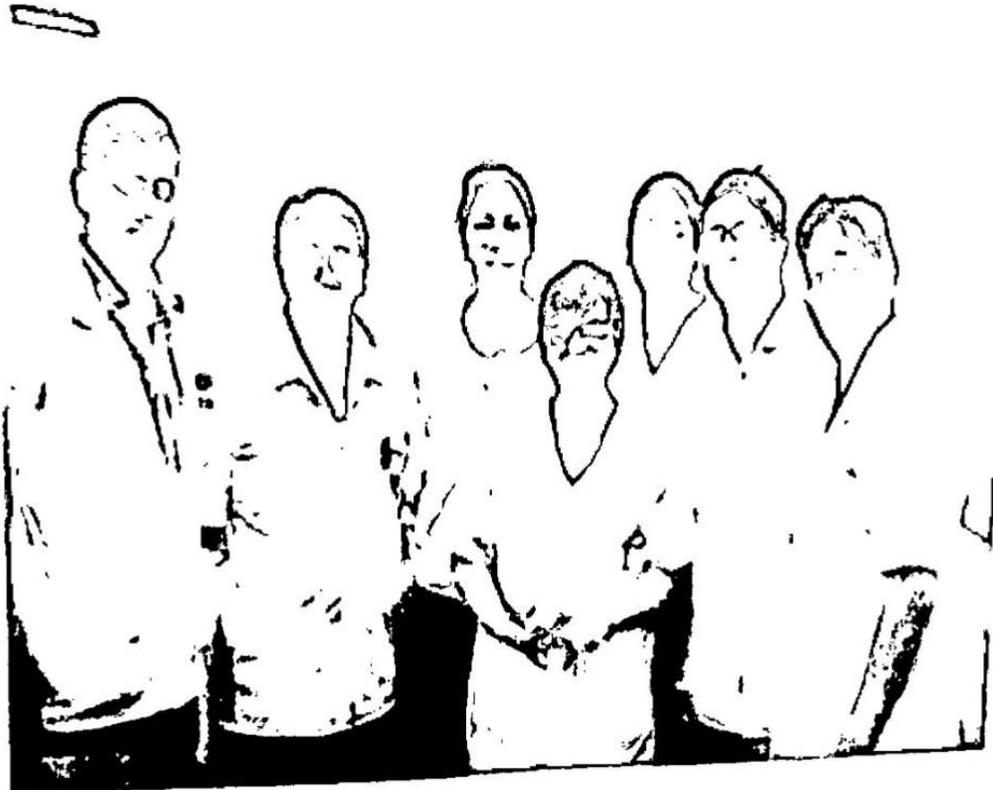
**PREPARACIÓN DEL COCHE
DE CURACIONES**

CURACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO



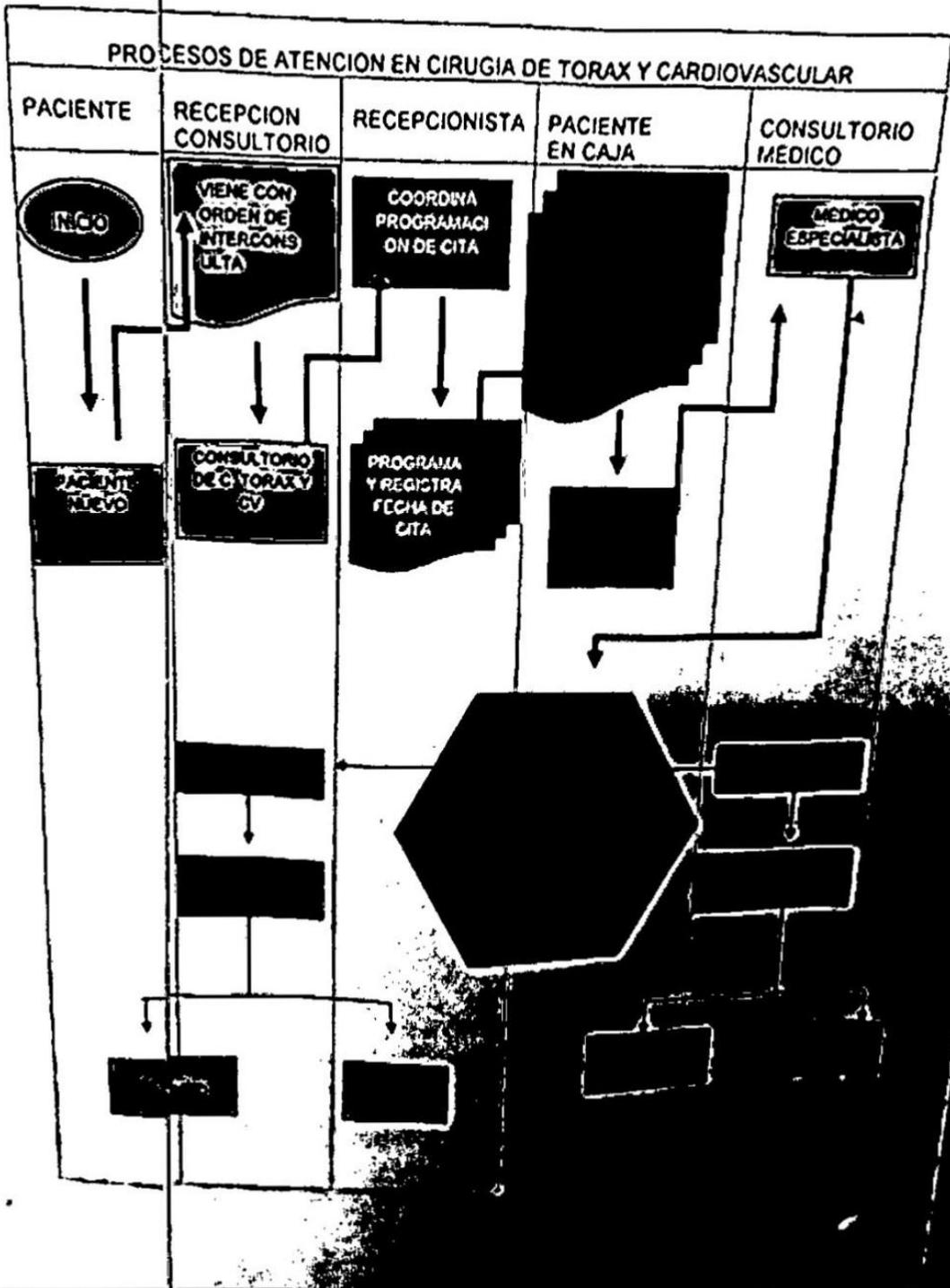


EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO



C. FLUJOGRAMA PRINCIPALES PROCESOS QUE SE DESARROLLAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR:

PROCESO DE ATENCION EN CONSULTORIO :



C PRINCIPALES PROCESOS QUE SE DESARROLLAN EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR. PROCESO DE ATENCION QUIRURGICA

