



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: Suleyma Sinaí Gutiérrez Pérez.

TEMA: Toracentesis y drenaje pleural.

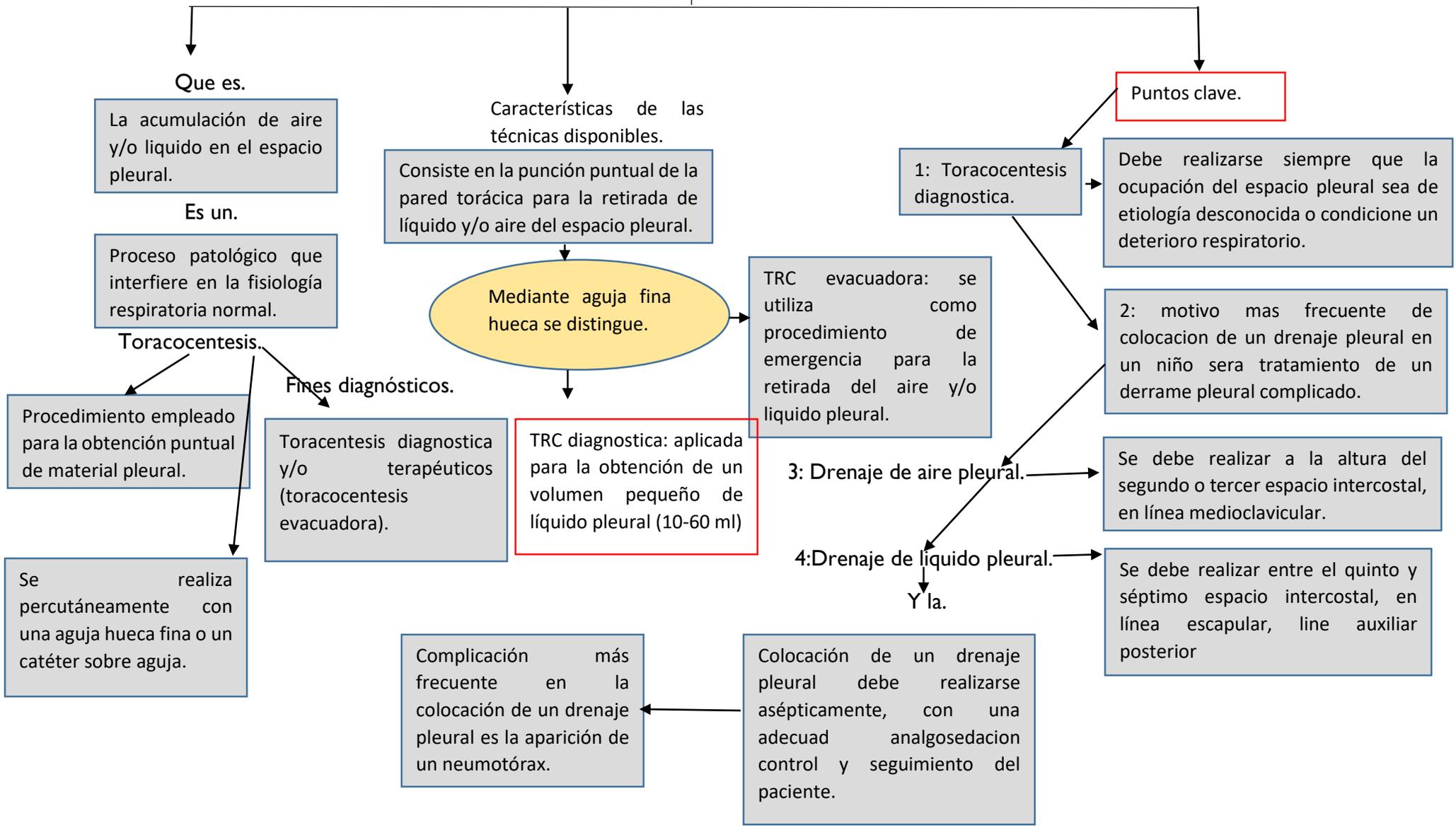
PARCIAL: Cuarto parcial.

MATERIA: Práctica Clínica De Enfermería II.

NOMBRE DEL PROFESOR: Lic. Ervin silvestre Castillo.

LICENCIATURA: Enfermería.

TORACOCENTESIS Y DRENAJE PLEURAL.



TCS.

Consiste en la introducción y utilización de un tubo para el drenaje manteniendo del espacio pleural.

Esta técnica.

Se indica habitualmente para el tratamiento del neumotórax, la elevación de líquido pleural acumulado en gran cantidad con alta densidad y en situaciones en las que la resolución espontánea no es esperable.

Tipos de técnicas TCS.

TCS ABIERTA.

Diseción de planos y realización instrumental de túneles para la posterior introducción del catéter.

TCS TECNICA DE SELDINGER.

Punción con aguja fina hueca para la localización del espacio pleural, guía metabólica flexible, dilatación e introducción del catéter pleural.

Indicaciones.

La pleura que rodea el pulmón consta de 2 hojas, pleura parietal y pleura visceral, entre las que existen un espacio vital.

Entre las 2 hojas.

Se acumulan aire (neumotórax), líquido (derrame pleural).

Fisiología respiratoria normal.

A medida que el aire o el líquido pleural se acumulan, el volumen pulmonar y secundariamente la capacidad vital del paciente.

Cuando.

El derrame pleural sea desconocido o exista un deterioro respiratorio, será recomendable la realización de una TCS.

Causas de derrame pleural en el paciente pediátrico.

Trasudado.

insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome nefrótico, hipoalbumemia, síndrome de vena cava superior.

Exudado.

Infección pulmonar aguda derrame paraneumonico vírico, bacteriano, tuberculoso.

Derrame pleural en el paciente pediátrico es variable, si bien el derrame paraneumonico es el más frecuente.

Procedimiento.

Los métodos necesarios para lograr varían en función de la edad y la colaboración del paciente.

Pasos.

1: comprobar la localización del material pleural mediante la exploración clínica y radiológica.

2: posición del paciente.

MODO DE PUNSION Y MATERIAL.

Modo de punción.

Se puncionará perpendicularmente a la superficie torácica, apoyando la aguja en el borde superior de costilla.

Mientras se punciona.

Se aspira suavemente para confirmar la llegada al espacio pleural con la obtención de líquido y aire.

De no ser así.

Valorar la punción en un EIC superior o inferior, volver a examinar al paciente clínica y radiológicamente y/o realizar la nueva punción bajo control ecográfico.

Material y método específicos.

Toracocentesis.

Catéter sobre aguja de 14-18 G.

Con ayuda del bisturí podemos hacer un agujero extrateral en el catéter para facilitar el drenaje.

Después.

Se introduce a través del área infiltrada, y una vez alcanzado el espacio pleural retirando la aguja, deslizaremos hacia dentro el catéter plasmático y lo obturaremos proximalmente para evitar la aspiración del aire.

Se coloca una.

Una llave de 3 pasos y/o la conexión pertinente al sistema de drenaje. Alternativamente podemos realizar la punción con el catéter sobre la aguja conectando a una llave de 3 pasos y aspirando continuamente.

Punción con aguja hueca de 20-24 G.

Puncionamos perpendicularmente con el montaje aguja lleva de 3 pasos jeringa, y realizamos una aspiración continua.

Al obtenerse.

Aire o liquido se fija la aguja en la pared torácica con la ayuda de una pinza de Kocher en esa profundidad.

Posteriormente.

Abrimos y cerramos la llave hasta evacuar el aire o liquido necesario, según la finalidad de la técnica.

Toracostomia.

El calibre del tubo de TCS lo seleccionaremos en función de la indicación, del paciente a drenar y del tamaño del paciente.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON TUBO TORACICO Y RETIRADA DEL TUBO TORACICO.

