



INSTITUTO MARILLAC, A. C.

INCORPORADO A LA UNAM.

T E S I S

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON DRENAJE TORÁCICO EN EL
HOSPITAL GENERAL XOCO.

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ROJAS PLASCENCIA AMARANTA

SÁNCHEZ BOBADILLA CITLALLI

VENTURA DE LA TORRE MARIA DE LOS ANGELES

ASESOR METODOLOGICO

M. C. FERNANDO CRUZ CASTILLO.

LUGAR DE PRESENTACION DE TESIS

INSTALACIONES DEL INSTITUTO MARILLAC

MÉXICO DF, MAYO, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS

LIC. MARÍA LUISA ZÁRATE MENDOZA
DIRECTORA GENERAL DEL INSTITUTO MARILLAC, A.C.

M.C. FERNANDO CRUZ CASTILLO
ASESOR DE TESIS

LIC. MARIA CRUZ SOTELO BADILLO
DIRECTORA TECNICA DE LA LICENCIATURA
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DEL INSTITUTO MARILLAC

LIC. JOVITA GENARA ARIAS CALLA
PROFESORA DEL INSTITUTO MARILLAC, A.C.

INDICE

Agradecimientos.....	1
Resumen	4
Marco teórico	6
Justificación	23
Planteamiento del problema.....	24
Objetivo general.....	25
Objetivo específico	25
Hipótesis de trabajo.....	26
Hipótesis alternativa	26
Diseño metodológico	27
Tipo de estudio	28
Ubicación del estudio.....	29
Universo	29
Muestra	30
Criterios de inclusión	31
Variables.....	32
Definición operacional de las variables.....	33
Material y métodos.....	35
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	36
Resultados.....	37

Discusión	42
Conclusión	43
Sugerencias	44
Bibliografía.....	48
Anexos	49
Instrumento de recolección de datos	49
Consentimiento informado	55
Cronograma.....	56
Gráficas	57
Glosario	89

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por el don de la vida y que me ha permitido realizar una profesión que me ayuda a realizarme como persona en el servicio a los demás como Enfermera brindando cuidados para la recuperación de su estado de salud.

Otro agradecimiento especial a un ser único mi madre que por su ejemplo y dedicación me inspiro a elegir esta bella profesión y en la cual he sentido su apoyo a cada momento, pero lo que más agradezco es el amor, la paciencia y comprensión que me ha brindado durante todo el camino que hasta hoy eh recorrido.

Agradezco también al Dr. Fernando Castillo por su apoyo, ya que si en el no culminaría este gran paso.

ROJAS PLASCENCIA AMARANTA

AGRADECIMIENTO

Primero que nada quiero agradecer a Dios por haberme dado la vida y la oportunidad de vivir la increíble experiencia de ser Enfermera y compartir con otros parte de mi, en segundo lugar y no menos importante quiero agradecer a mis padres por el apoyo recibido en el transcurso de mi vida por las palabras de aliento, la paciencia, la comprensión pero sobretodo GRACIAS por el amor que me ha brindado quiero que sepan que son mi motor y mis más grandes ídolos y a mis hermanos por estar siempre en las buenas y malas conmigo, ahora que estoy cumpliendo uno de mis sueños les agradezco que lo compartan junto a mí.

También quiero agradecer a mis amigas y compañeras Amaranta Rojas Plascencia y María de los Ángeles Ventura de la Torre por el apoyo en la realización de este trabajo y sobre todo por su gran amistad brindada.

Gracias al Dr. Fernando Castillo por su apoyo y paciencia.

SÁNCHEZ BOBADILLA CITLALLI

AGRADECIMIENTO

A DIOS: por darme la oportunidad de saber que soy su hija amada y por ello me concede la sabiduría, inteligencia y sensibilidad para llevar a cabo una profesión de servicio y ayuda a quien necesita, no solo la atención por medio de medicamentos, técnicas y procedimientos de enfermería sino a quien necesita de una mano amiga que lo sostenga en el lecho del dolor, una palabra de aliento a quien se siente abatido por el desanimo de la enfermedad y una cálida atención para el que se confía de tu persona para llevar juntos el proceso de atención a la salud.

A MI FAMILIA RELIGIOSA: Que me ha ayudado a llevar a cabo esta profesión de enfermería sin exigirme más de lo debido y ha solventado mi paso para esta profesión de servicio que contribuirá en un futuro a la sociedad.

A MIS PADRES Y HERMANOS/AS: Que me han brindado su apoyo incondicional por medio de palabras de aliento y de confianza para la realización de esta profesión de enfermería.

A MIS AMIGOS/AS Y COMPAÑEROS/AS: Que gracias a su compañía en el salón de clase nos ha permitido no solo el conocimiento de materias y técnicas que contribuirán a llevar esta profesión de enfermería con profesionalismo para bien de la humanidad, nos ha hecho estrechar lazos de amistad y de unión para el trabajo en equipo en bien de los demás.

VENTURA DE LA TORRE MARIA DE LOS ANGELES.

RESUMEN

PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DRENAJE TORAXICO EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO.

ASESOR METODOLÓGICO: M. C. Fernando Cruz Castillo.

OBJETIVO: Determinar el manejo adecuado del personal de enfermería en pacientes con drenaje torácico en el Hospital General Xoco durante el periodo agosto 2012 a julio 2013.

MATERIAL Y METODOS: La siguiente investigación se realizó con el objetivo de determinar el manejo por el personal de enfermería en pacientes con drenaje de tórax en el Hospital General Xoco de agosto del 2012 a Julio 2013, de manera sistemática, no experimental y de manera descriptiva. Observando los hechos tal y como ocurren sin manipular las variables.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con 31 ítems contestados mediante la observación del personal de enfermería del Hospital General Xoco.

RESULTADOS: Gracias al estudio realizado nos dimos cuenta que el 92% de las Enfermeras tienen un nivel alto de conocimientos en el manejo de pacientes con drenaje torácico del Hospital General Xoco.

CONCLUSIÓN: Por medio de este estudio concluimos que las enfermeras del Hospital General Xoco, de los servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía y Terapia Intensiva, poseen los conocimientos adecuados sobre el manejo de pacientes con drenaje torácico, demostrando que nuestro objetivo fue cumplido satisfactoriamente, ya que pudimos determinar los conocimientos por parte del personal de Enfermería en el manejo de pacientes con drenaje torácico.

PALABRAS CLAVE: práctica, drenaje, cuidado, tórax, enfermería

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A lo largo de la historia, el tratamiento de las heridas de la cavidad torácica ha sido un rosario de actos aislados de aquellos que, muchas veces de forma intuitiva más que razonada, trazaron el saber y la técnica que asentó el conocimiento de estas lesiones.¹

El tratamiento del neumotórax abierto junto al drenaje de la cavidad constituyó durante largos siglos de oscuridad el mayor obstáculo sobre el que versaron todas las ideas y actuaciones esporádicas en busca de una solución difícil de entender sin las bases fisiológicas necesarias.

Su historia se ha encontrado íntimamente ligada a la historia de la cirugía militar: un gran número de los momentos cruciales de su desarrollo pasa por los grandes conflictos de la humanidad, plétora de heridos sobre los que poner en práctica las arriesgadas y revolucionarias ideas que marcaron un paso hacia delante. Pero fue la experiencia a lo largo del reciente siglo XX, con las 2 guerras mundiales, y con el apoyo en el desarrollo de las técnicas anestésicas, la antibioterapia, la asepsia y el nacimiento de las unidades de cuidados intensivos, las que marcaron un antes y un después en su manejo.

Larrey (1766-1842). Destacado cirujano militar en las guerras napoleónicas. En 1831 fue nombrado inspector y cirujano jefe. Sus restos descansan, desde 1992, en los Invalides, París. Larrey realizó importantes descripciones sobre el drenaje del hemotórax, empiema y hemopericardio.

¹ José M. Galbis-Caravajal. Anotaciones históricas sobre el tratamiento de las heridas torácicas. 27 de Febrero de 2009. N.º 1.727

En 1810, tras abrir la cavidad torácica de un suicida que se había hundido un cuchillo en el corazón y ver el pericardio a presión por la sangre acumulada, lo vació con un trocar, aunque tan sólo consiguió retrasar la muerte del herido. Describió el triángulo esternocostal izquierdo del diafragma como vía idónea para la evacuación del hemopericardio y aún hoy dicha localización topográfica se conoce como la hendidura de Larrey.

ENFERMERÍA Y EL DRENAJE TORÁCICO

Con la intención de evitar los múltiples problemas que pueden presentarse en los pacientes con drenaje de tórax, algunos investigadores se han interesado en realizar estudios con miras a poner en evidencia la práctica que sobre el tema en estudio posee el profesional de enfermería de algunas instituciones hospitalarias a fin de sugerir posibles soluciones. Peña N, y Parra I, (2005), realizaron un estudio **titulado “Propuesta de un programa sobre el manejo de drenaje torácico para enfermeras”, tuvo como objetivo proponer un programa sobre el manejo de los drenajes torácicos para enfermeras, el cual fue un estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental, que realizaron en una población de 23 enfermeras que adscritas laboralmente, cuyos resultados permitieron a esas autoras sugerir la necesidad de instruir al personal de enfermería de atención directa sobre los cuidados de enfermería al paciente con drenaje de tórax, lo cual obliga al diseño, ejecución y aplicación de un programa educativo de esa naturaleza.**²

La selección del estudio antes mencionado como antecedente para la presente investigación obedece a la estrecha relación que guarda con el tema que se investiga aquí poniendo en evidencia la necesidad del profesional de enfermería de la institución de mantenerse en actualización continua que le permita mejorar la calidad de la atención que presta.

² L.WIECK, E.M. KING, M.DYER. TECNICAS DE ENFERMERÍA, MANUAL ILUSTRADO. 3ª EDICIÓN

ANATOMÍA DEL TÓRAX

La cavidad torácica está limitada por delante, por ambos lados y por detrás, por la pared torácica: una estructura semirrígida compuesta por costillas, esternón, vertebras y músculos intercostales.

En la parte inferior de la cavidad, se sitúa el diafragma. En su parte superior la cavidad está cerrada por tejido conectivo y estructuras vasculares.³

La cavidad torácica puede dividirse en mediastino y cavidades pulmonares. El mediastino engloba el esófago, tráquea, corazón, la aorta y otros vasos ó estructuras importantes. El mediastino actúa como un tabique flexible que divide la cavidad torácica de delante hacia atrás y de arriba abajo. Las cavidades pulmonares están separadas y cerradas conteniendo cada uno de los pulmones. Estas van conectados al mediastino a través del hilio pulmonar. Cada una de las cavidades está limitada por la pared torácica, diafragma y mediastino.

La pleura visceral (membrana pleural interna) cubre los segmentos pulmonares. La pleura parietal (membrana pleural externa) reviste la pared torácica y cubre el diafragma. En condiciones normales la pleura visceral y parietal están prácticamente unidas, separadas únicamente por una fina capa de líquido. La zona comprendida entre la pleura visceral y la parietal se denomina cavidad ó espacio pleural. En situaciones normales el espacio pleural actúa de vacío, impidiendo que los pulmones retrocedan ó se colapsen (presión negativa).

³ G.Varela,M.F.Jimenez López(1996); "CIRUGIA TORÁCICA". Protocolos clínicos y guía para residentes

FISIOLOGÍA RESPIRATORIA

Durante la inspiración el diafragma es estimulado para que se contraiga y descienda, tirando hacia abajo de la superficie inferior de los pulmones. Los músculos intercostales externos se contraen y elevan la parrilla costal, expandiendo los pulmones al tirar de ellos hacia arriba y hacia delante lo que da lugar a un aumento del volumen de la cavidad torácica. La pared torácica y el diafragma en la inspiración, expanden los pulmones, tirando de ellos hacia afuera.⁴

Debido a la elasticidad de los pulmones, se incrementa la presión negativa, ó vacío, que existe dentro del espacio pleural (presión intrapleural) a medida que la pleura visceral y la parietal se estiran en direcciones opuestas.

Este proceso aumenta la presión intrapleural negativa que pasa de 3 a 6 cm de agua. El aumento del volumen pulmonar, reduce la presión intrapulmonar por debajo de la presión atmosférica exterior. Esto da lugar al paso del aire hacia los pulmones.

En la espiración los receptores periféricos situados en los pulmones envían una señal al centro respiratorio cerebral de que ha entrado suficiente aire. Como resultado se produce una relajación de los músculos respiratorios, la pared torácica y el diafragma regresan a su posición original y disminuye el volumen de la cavidad torácica. Este proceso reduce la presión intrapleural negativa que pasa de 6 cm a 3 cm de agua. Al mismo tiempo la reducción del tamaño pulmonar incrementa la presión del aire intrapulmonar por encima de la presión atmosférica. Esta diferencia de presiones provoca la salida del aire desde los pulmones al exterior.

⁴ GANONG. FISIOLOGÍA MÉDICA. 19ª EDICION

DRENAJE TORÁCICO (SELLO DE AGUA)

Drenaje torácico es aquel sistema que, mediante uno ó varios tubos colocados en pleura o mediastino, facilita la eliminación del contenido líquido o gaseoso.⁵

Tiene varias válvulas

- Válvula de descarga de presión negativa. Se acciona manualmente en el caso que se detecte un aumento de la presión negativa intratorácica, permitiendo el paso de aire filtrado (la columna azul asciende).
- Válvula de control de aspiración. Permite abrir o cerrar la aspiración desde el drenaje.
- Válvula de presión positiva que se abre automáticamente para liberar el exceso de presión acumulada.
- Válvula de ajuste del nivel de la cámara del sello de agua. Permite en caso de pasarse del nivel acoplar una jeringa y succionar.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DEL PACIENTE

- Evaluación periódica de signos vitales tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Color de la piel y mucosas.
- Sudoración ó signos de perfusión.
- Nauseas.
- Ansiedad ó insomnio.
- Síntomas como dolor torácico, disnea, fiebre, tiraje.

⁵ M^a Jesús torres, Ana Marcos: "CUIDADOS AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO ". "ENFERMERIA CLINICA". Volumen 5. Número 5. Pág 51-53.

CUIDADOS DIARIOS A PACIENTES CON DRENAJE TORÁCICO:

ASEO DEL PACIENTE se realizara como cualquier paciente encamado entre la enfermera y auxiliar responsable y, con la ayuda del celador, se tendrá cuidado con los tubos para que no se desconecten y nunca se pinzaran.

QUE VIGILAREMOS:

- **APÓSITO** se cambiara diariamente (turno de mañana), se utilizaran guantes estériles se limpiara con suero fisiológico y luego Betadine, a la vez se inspeccionara la zona por si hubiera edema, inflamación, exudado, crepitaciones. La herida quirúrgica se tapara con apósito quirúrgico, si no hay complicaciones a los tres días se retirara el apósito.
- **EQUIPO DE DRENAJE** comprobar diariamente niveles de las cámaras. Cuando se tenga que rellenar la cámara de aspiración se cerrara la aspiración para realizarlo, luego de rellenara y se volverá abrir.
- **MEDICIONES** todos los días a las 9 horas se marcara en el equipo de drenaje la cantidad de líquido que ha salido (para ello se cerrara la aspiración momentáneamente).
- También se anotara en el libro de enfermería en la casilla de otros cuidados tanto la cantidad como el aspecto, presencia o ausencia de burbujeo y fluctuaciones.

DIETA se recomienda dieta rica en fibra, aumento de ingesta de líquidos y si precisa laxantes para evitar estreñimiento y mantener la función intestinal.

MOVILIDAD se intentara levantar al sillón lo antes posible para evitar complicaciones posteriores. Cuando se realice un traslado a otro servicio nunca se pinzaran los tubos.

EL PINZAMIENTO DE LOS TUBOS DEBE QUEDAR LIMITADO A:

- Cuando se cambie el equipo.
- Para intentar localizar una fuga aérea.
- Para valorar la retirada del tubo torácico (en caso de neumotórax).
- Al trasladar al paciente a otra unidad.

"NO SE DEBE PINZAR EN NINGUN OTRO CASO"

CUIDADOS POR TURNO

APÓSITO vigilar que no esté sucio, en caso contrario, ó necesario se cambiara.

TUBO DE TÓRAX comprobar que el tubo no esté acodado y esté permeable. En caso de salirse de la zona de inserción se tapara inmediatamente con gasas impregnadas en vaselina. Si la desconexión es con el sistema de drenaje se conectara lo más rápidamente posible o se creara un sello de agua con una botella de agua bidestilada y se le hará al paciente toser y exhalar profundamente para sacar lo antes posible el aire que le ha podido entrar.

TUBO DE CONEXIÓN el tubo de conexión es el que conecta el tubo de tórax con el equipo de drenaje. Este tubo debe estar siempre libre de líquido de drenado para evitar disminuciones en la aspiración. Vigilar la posible aparición de coágulos en el tubo de drenaje e intentar evacuarlos. El ordeño no es aconsejable porque crea un exceso transitorio de presión negativa en la cavidad torácica.

En caso de necesitar tener una muestra del líquido drenado se sacara del tubo de conexión lo más cerca posible del tubo torácico y nunca de la cámara colectora. Comprobar que el tubo no esté acodado ni quede en U descendente.

SISTEMA DE DRENAJE comprobar que este vertical siempre por debajo del tórax del paciente, observar la presencia o ausencia de fluctuaciones en la cámara de sello de agua la ausencia de líquido en la cámara colectora y la no fluctuación puede significar la obstrucción. Vigilar la cantidad drenada ya que si es superior a 150 ml hora de sangre se avisara al médico, también se observara las características de líquido drenado ej. Sangre, serosanguinolento, seroso.

FISIOTERAPIA será importante insistir al paciente para que realice todos los ejercicios para evitar complicaciones posteriores. Para ello deberá realizar:

- Inspirómetro volumétrico. Debería instruirse por el fisioterapeuta antes de la intervención y realizarle una medición basal para tenerla de referencia. Después de la intervención es conveniente que realice entre 5 ó 10 inspiraciones cada hora. El Inspirómetro volumétrico está indicado solo en neumectomías.
- Inspirómetros de flujo El resto de pacientes con drenaje torácico utilizaran los inspirómetros de flujo (bolitas).
- Levantara los brazos en dos ángulos diferentes todo lo posible lo realizara varias veces por turno y desde el primer día.
- Ejercicios respiratorios de proyección de aire sobre distintos puntos donde se va poniendo la mano. Este ejercicio se realizara dos veces por turno.

REGISTRO al terminar el turno se anotara en libro de enfermería en el apartado de otros cuidados todo lo referente al drenaje torácico como color y aspecto. Si burbujea o fluctúa sello de agua.

COMPLICACIONES DEL DRENAJE TORÁCICO

- Lesión en pulmón, corazón ó esófago (puede ocurrir durante la colocación).
- Perforación diafragmática.
- Hemorragia, cuando salga por el tubo de tórax más de 150 ml / h de contenido hemático (el tubo este caliente) se avisara al cirujano, mientras si esta hipotenso se le pondrá un suero fisiológico, se le sacara analítica urgente y se cursara petición de RX portátil.
- Edema pulmonar unilateral por evacuación excesivamente rápida de un derrame importante ó neumotórax a tensión. (no conectar nunca el aspirador).
- Empiema, suele deberse a la propagación de una infección de un elemento anatómico vecino.
- Enfisema subcutáneo por salirse el tubo de tórax.
- Infección respiratoria secundaria a la colocación del drenaje ó a la retención de secreciones.
- Alteración de la función respiratoria por obstrucción del drenaje.
- Debido al dolor se puede producir un anquilosamiento del hombro.
- Estreñimiento (paresia intestinal).
- Neumotórax relacionado con la retirada del drenaje.

RETIRADA DEL DRENAJE

Los tubos de drenaje torácico se deben retirar cuando el drenado disminuye hasta una cantidad mínima o nula y las fluctuaciones en la cámara de sello de agua cesan, el paciente respira fácilmente y la RX muestra que se ha expandido el pulmón (siempre por indicación médica).

Generalmente tiene una sutura en bolsa de tabaco para ser traccionada a la vez que se retira el tubo. En su defecto se valorara el poner algún punto de seda. En

cualquier caso debe colocarse una gasa con vaselina ó Furacin pomada sobre el punto de inserción al retirar el catéter. Mientras se retira el paciente debe mantenerse en inspiración completa ó ejecutar la maniobra de Valsalva (expiración forzada con la glotis cerrada).

CUIDADOS DEL PACIENTE TRAS LA RETIRADA DEL DRENAJE

Durante la primera hora se controlara cada 15 minutos la respiración del paciente por si apareciese un neumotórax cuyos síntomas y signos son respiraciones rápidas ó trabajosas, dolor torácico y descenso de los sonidos respiratorios a la auscultación.

Luego los controles pueden ir espaciándose.

Si sospechamos de que se ha producido un neumotórax se avisara al médico y se pedirá RX portátil urgente.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Con la intención de evitar los múltiples problemas que pueden presentarse en los pacientes con drenaje de tórax, algunos investigadores se han interesado en realizar estudios con miras a poner en evidencia la práctica que sobre el tema en estudio posee el profesional de enfermería de algunas instituciones hospitalarias a fin de sugerir posibles soluciones. Peña N, y Parra I, (2005), realizaron un estudio **titulado "Propuesta de un programa sobre el manejo de drenaje torácico para enfermeras", tuvo como objetivo proponer un programa sobre el manejo de los drenajes torácicos para enfermeras**, el cual fue un estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental, que realizaron en una población de 23 enfermeras que adscritas laboralmente, cuyos resultados permitieron a esas autoras sugerir la necesidad de instruir al personal de enfermería de atención directa sobre los cuidados de enfermería al paciente con drenaje de tórax, lo cual obliga al diseño, ejecución y aplicación de un programa educativo de esa naturaleza.

La selección del estudio antes mencionado como antecedente para la presente investigación obedece a la estrecha relación que guarda con el tema que se investiga aquí poniendo en evidencia la necesidad del profesional de enfermería de la institución de mantenerse en actualización continua que le permita mejorar la calidad de la atención que presta.

PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DRENAJE DE TÓRAX.

El profesional de enfermería ayuda de manera directa al paciente a recuperar la salud durante el proceso de curación y dirige los cuidados integrales de este, mantiene un ambiente seguro, se encarga de prevenir lesiones y protege al paciente de posibles complicaciones. Se encarga de su rehabilitación para que enfrente los cambios asociados con su enfermedad o su discapacidad.

Balderas, M. (1.995) refiere que "la enfermería es el resultado de la evolución de una actividad innata en el ser humano que incluye trabajo y mantener en condiciones optimas el individuo, para así ayudar al paciente a conservar la vida y la salud o recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por la misma" (Pág. 23).

Bajo este punto de vista, las enfermeras, en el cumplimiento de su rol, pueden ejercer dos tipos de funciones: Las propias y las derivadas. Las propias, son **definidas por Iyer, P.; Taptich, B.; Bernocchi, D. (1.993) como "las funciones ejecutadas sobre las bases de la responsabilidades de su área compromiso, no existiendo otro trabajador que puede llevarla a cabo".** Igualmente, define dicho autor **las funciones derivadas como "las que asumen por delegación de otro profesional, con los que tanto miembros del equipo de salud, e igualmente si por**

necesidad del momento, realiza unas acciones que no pertenecen a su función **específica**" (Pág. 126).

La división entre funciones propias y derivadas ha sido uno de los principales motivos que ha retrasado el desarrollo de la enfermería, pues el personal de enfermería ha encontrado su trabajo e interés profesional en la adquisición de técnicas específicas intentando acrecentar sus conocimientos desviando la atención de su objetivo principal: el individuo y la comunidad en situación de salud o enfermedad.

A sí mismo, la falta de claridad al considerar sus acciones prioritarias han conducido en numerosas ocasiones a las enfermeras en conflicto de trabajo con otros profesionales que consideraban lesionado su campo específico de actuación. Estos problemas no tendrían razón de ser si la definición de funciones de cada categoría profesional fuese correcta y clara, obteniéndose así áreas concretas de competencia en la práctica profesional.

Al respecto, Potter, P. y Perry, A (1996), definen la práctica de enfermería como **"el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a problemas de salud actuales o potenciales"**. Por consiguiente, el rol de enfermería debe estar dirigido a realizar funciones encaminadas a promocionar asistencia con criterios válidos para la evaluación de los cuidados suministrados al paciente, asegurando que estos reciban un cuidado de alta calidad.

INDICACIONES DEL TUBO DE TÓRAX.

Al respecto, Smeltezer, S.C y Bare, B.G (1998), refiere en relación al traumatismo de tórax:

El mecanismo que le producen con mayor frecuencia son accidentes automovilísticos, caídas o maniobras de bicicletas. El mecanismo más común del traumatismo penetrante son los disparos de armas de fuego y las heridas con armas blancas con frecuencia las lesiones en el tórax ponen en peligro la vida (Pág. 543). En este sentido, es evidente que el paciente con neumonía con traumatismo torácico, amerita de una intervención oportuna e inmediata del equipo de salud y particularmente de enfermería.

Así mismo, Patiño, J. (1994) consideran que el drenaje torácico “Es la colocación de un drenaje en la cavidad pleural para garantizar la evacuación permanente de un derrame pleural líquido o gaseoso” (P. 954).

Mientras que el diccionario Médico Mosby (1997), señala: El drenaje torácico o toracocentesis se efectúa mediante una punción con un trocar especial que se introduce hasta alcanzar la cavidad pleural, al fin de evacuar el líquido o aire allí acumulado drene, el sitio para la inserción de la sonda debe ser uno que este lejos del pulmón adherente. Por lo general se prefiere el II o III espacio intercostal anterior en la línea medio clavicular, o en el IV o V espacio intercostal en la línea medio axilar para con ello asegurar el punto óptimo. Cuando se efectúa una evacuación precisa y lenta, se conecta el catéter introducido en el espacio pleural a un sistema de drenaje en la inserción de un catéter (Pág. 423).

Al respecto, Weisberg, D y Refaely, Y. (2000), refieren “que hay que tener en cuenta las múltiples causas y las características de lo que ocupa el espacio pleural para decidir cuando está indicado el drenaje de tórax”.

Por otra parte, los neumotórax espontáneos, ya sean primarios o secundarios, deben drenarse siempre que el paciente no pueda ser observado o vaya a ser sometido a presión positiva en la vía aérea; cuando se asocien a disnea y/o hipoxemia o cuando su tamaño sea mayor del 20 por ciento, si el paciente puede observarse, y en los que se observan, cuando las radiografías seriadas muestren que está aumentando; en la mayoría de los casos el drenaje suele hacerse mediante un tubo de toracotomía.

En este sentido, en derrames pleurales, el drenaje mediante tubo estará indicado en presencia de exudados que sugieran ser empiemas no tuberculosos (por presencia de bacterias o por un citoquímico sugestivo de serlo) sin importar su etiología, o en presencia de pus (fase fibrinopurulenta), o cuando se asocian a neumotórax por sospecha de fístula broncopleurales. En derrames plurales malignos o inflamatorios que deban ser tratados mediante pleurodesis, en hemotórax y en quilo tórax.

De este modo, en la fase organizada del empiema, el tubo de tórax como procedimiento aislado no tiene ningún papel, sin embargo, en el manejo postoperatorio de casi todas las cirugías torácicas está indicada la toracotomía cerrada con tubo. Este debe ser colocado bajo anestesia general en un quirófano, o con anestesia local pero con una precaución aséptica estricta.

Además, uno de los tratamientos a que es sometido el paciente con neumonía con derrame pleural o traumatismo torácico, para restaurar y mantener las funciones pulmonares y crear una vía de respiración adecuada donde se logre estabilizar la integridad de las paredes torácicas, es el drenaje de tórax, en este sentido, Albuquerque, E.y Andrades, J (1997), define el drenaje torácico de la siguiente **manera: "El drenaje torácico es la extracción de aire y líquido de la cavidad Pleural mediante flujo por gravedad o succión, líquido"** .

Por consiguiente, el profesional de enfermería dentro de su rol, se ocupa de las necesidades que tienen los individuos de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y salud, recuperarse de una enfermedad o lesión y hacer frente a los efectos ocasionados por los mismos, por lo tanto, una oportuna atención en el manejo de pacientes con drenaje de tórax constituye una medida de prevención.

Al mismo tiempo, para efectos de la variable operacionalizada en el estudio, se define operacionalmente como prácticas profesionales de enfermería de atención para promover la salud de pacientes con drenaje de tórax en el Hospital General Xoco.

MANEJO DEL TUBO DE TÓRAX DURANTE EL PROCEDIMIENTO

Los tubos de toracotomía deben colocarse en las mejores condiciones de asepsia y antisepsia por el personal con experiencia en el procedimiento, observando el cuidado técnico de colocarlo sobre el borde superior de la costilla inferior del espacio que se va a utilizar y debe ser fijado con un material resistente, idealmente de calibre 2-0 o mayor, que tolere tracciones inadvertidas durante el transporte o movilización del paciente (Hood RM, 1986).

La selección del calibre del tubo debe hacerse teniendo en cuenta el material a drenar y el tamaño del paciente. En general se prefieren tubos más delgados para drenar neumotórax puros o derrames acuosos y tubos de mayor calibre para el drenaje de hemotórax o empiemas de fase fibrinopurulenta. (Patiño, J. (1994)

La selección del espacio pleural a utilizar debe hacerse teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- El drenaje de líquidos debe hacerse por el espacio más declive, sexto o séptimo espacio, son generalmente adecuados.
- En ausencia de tabicaciones un tubo de tórax bien colocado podrá drenar con igual efectividad líquidos o gases del espacio pleural sin importar el espacio intercostal utilizado.
- El espacio entre líneas axilares anterior y posterior es preferible para la introducción de tubos bajo el cuarto espacio intercostal debido a que es una zona en la que la pared torácica es más delgada.
- La colocación de tubos en las regiones posteriores del tórax debe evitarse, ya que incomodan al paciente en el decúbito y generalmente se colapsan cuando el paciente apoya la espalda.
- En presencia de tabiques plurales cualquier sitio puede ser bueno para la colocación de un drenaje si se considera que este evitará al paciente un procedimiento mayor, y la elección del sitio deberá hacerse con la ayuda de ecografía, TAC u otras alternativas diagnósticas.
- Los drenajes altos de neumotórax puros, generalmente son anteriores y aún tienen su indicación, principalmente si se usan catéteres de pequeño calibre.

JUSTIFICACIÓN:

En la actualidad se observa en el Hospital General Xoco una deficiencia por parte del personal de enfermería hacia el manejo de pacientes con Drenaje Torácico; hecho que dificulta la mejoría del paciente hospitalizado, lo deseable sería que el personal de enfermería actual tenga la capacidad de brindar los cuidados y la técnica correcta en el manejo de pacientes con Drenaje Torácico, favoreciendo con esto la mejoría del paciente.

Esta investigación al realizarse ofrecerá soporte teórico para intentar resolver la problemática que aquí se presenta.

Con la finalidad de obtener un mejor bienestar y conocimiento del manejo de los pacientes con Drenaje Torácico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿EXISTE EL CONOCIMIENTO ADECUADO EN EL MANEJO DE DRENAJE TORÁCICO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL XOCO DE LOS SERVICIOS CIRUGÍA GENERAL, MEDICINA INTERNA, NEUROCIRUGÍA, URGENCIAS, DURANTE EL PERIODO, AGOSTO 2012-JULIO 2013?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo adecuado del personal de enfermería en pacientes con drenaje torácico en el Hospital General Xoco durante el periodo agosto 2012 a julio 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ② Identificar los cuidados del personal de enfermería después de la instalación del drenaje torácico en los pacientes del Hospital General Xoco.
- ② Verificar la práctica adecuada del personal de enfermería en pacientes con drenaje de tórax en el Hospital General Xoco.
- ② Valorar los conocimientos del personal de enfermería sobre la práctica y el cuidado en los pacientes con drenaje de tórax del Hospital General Xoco.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

El personal de enfermería del Hospital General Xoco no posee los conocimientos adecuados para la práctica del paciente con Drenaje Torácico en los servicios cirugía general, medicina interna, urgencias, durante el periodo agosto 2012- julio 2013.

HIPÓTESIS ALTERNATIVA

El personal de enfermería del Hospital General Xoco posee los conocimientos adecuados para la práctica de enfermería en pacientes con Drenaje Torácico en los servicios cirugía general, medicina interna, urgencias, durante el periodo agosto 2012- julio 2013.

DISEÑO METODOLÓGICO

En EL Hospital General Xoco durante el periodo Agosto 2012 – Julio 2013. Se realizo una investigación observacional donde no se modificaran las variables cualitativas, prospectivas, de forma transversal para la recolección de datos se utilizo un instrumento con 31 Reactivos que fueron respondidas mediante la observación de las Enfermeras del Hospital General Xoco.

TIPO DE ESTUDIO

a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**

b) Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**

c) Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**

d) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL**

UBICACIÓN DEL ESTUDIO EN ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio se realizara con Enfermeras del Hospital General Xoco, ubicado en Av. México Coyoacán s/n, Esq. Bruno Traven, Col. General Anaya, Delegación Benito Juárez C.P. 30340. Durante el periodo Agosto 2012, Julio 2013.

UNIVERSO

Todas las enfermeras que laboran en el hospital general Xoco de secretaría de salud el periodo agosto 2012-julio 2013 con un total de 65 enfermeras.

MUESTRA

La elección de la muestra se realizó aplicando el tipo probabilístico, con un intervalo de confianza del 90% mediante el muestreo aleatorio simple y está conformada por un total de 38 enfermeras que representan el 58% del total del universo y está conformada por:

- Cirugía general
 - 1 Jefe de servicio
 - 1 Enfermera especialista
 - 7 Enfermeras generales

- Medicina interna:
 - 1 Jefe de servicio
 - 2 Enfermeras especialista
 - 7 Enfermeras generales

- Neurocirugía:
 - 1 Jefe de servicio
 - 1 Enfermera especialista
 - 7 Enfermeras generales

- Terapia intensiva:
 - 1 Jefe de servicio
 - 4 Enfermeras especialista
 - 4 Enfermeras generales

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal de Enfermería que labore en el Hospital General Xoco en turno matutino ambos sexos sin límite de edad, que estén inscritas en plantilla sin especificar categoría en los servicios Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía y la Terapia Intensiva.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Enfermeras que no pertenezcan a los servicios antes mencionados.
- Estudiantes.
- Pasantes de enfermería.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Manejo adecuado

TIPO DE VARIABLE: cualitativa

INDEPENDIENTE: Drenaje torácico

TIPO DE VARIABLE: cualitativa, ordinal

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Enfermería: disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina.

Cuidados de enfermería: los cuidados de enfermería se basaron inicialmente en valores morales y religiosos; ahora conllevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a autoconocimiento y responsabilidad, y se sustenta en la realidad del paciente, en su forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas.

Conocimiento: patrón de respuesta humana que implica el significado asociado con la información.

Curación: la función más importante y antigua del hospital es restaurar la salud. La curación es la razón principal de la existencia de los hospitales y la que más estiman y piden las comunidades donde se encuentra la institución. Para que la terapéutica sea total, debe considerar aspectos médicos, psicológicos, económicos y sociales del paciente. La práctica incluye actividades de diagnósticos, de tratamiento médico o quirúrgico y de atención en caso de urgencia.

Paciente: es el beneficiario directo de la atención médica y usuario o cliente es aquel individuo, paciente o no, que requiere y obtiene los servicios de atención médica. Ambos deben ser considerados como seres únicos con valores, emociones y necesidades que se alteran durante la enfermedad, con características definidas, diagnósticos específicos, expectativas de salud diferentes y entornos familiares y sociales diversos, por lo que se debe:

- Mantener una actitud amable.
- Centrar la comunicación en el paciente y no sólo en la actividad que se realiza.

- Tomar en cuenta sus sentimientos y emociones, evitando ser considerados como objetos.

Drenaje torácico: mecanismo de evacuación de aire, líquido o ambas cosas de la cavidad pleural a través de un sistema de drenaje cerrado; los tipos son los siguientes:

- Drenaje torácico o cerrado sin aspiración (por gravedad).
- Drenaje torácico cerrado con aspiración.

Restablece la presión subatmosférica en la cavidad pleural, permitiendo así la reexpansión del pulmón.

MATERIAL Y MÉTODOS

La siguiente investigación se realizó con el objetivo de determinar el manejo por el personal de enfermería en pacientes con drenaje de tórax en el Hospital General Xoco de agosto del 2012 a Julio 2013, de manera sistemática, no experimental y de manera descriptiva. Observando los hechos tal y como ocurren sin manipular las variables.

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario con 31 ítems contestados mediante la observación del personal de enfermería del Hospital General Xoco.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Personal de Enfermería que labore en el Hospital General Xoco de los servicios: Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía y la Terapia Intensiva.

Pacientes con drenaje torácico de los servicios antes mencionados

RECURSOS MATERIALES

Lap Top

Instrumento de recolección de datos

Lápiz

Programa ssps

Hojas

RESULTADOS

En el presente estudio se incluyó una frecuencia de 40 enfermeras observadas dándonos un 100% o la totalidad de la muestra, de las cuales 27 (67.5%) de las Enfermeras siempre explican al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite, 12 (30%) a veces explican al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite, 1 (2.5%) nunca explican al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite. 4 (10%) siempre revisan la placa de Rx para valorar la presencia de hemotórax o neumotórax, 19 (47.5%) a veces revisan la placa de Rx para valorar la presencia de hemotórax o neumotórax, 17 (42.5%) nunca revisan la placa de Rx para valorar la presencia de hemotórax o neumotórax. 29 (72.5%) siempre se lava las manos, 11 (27.5%) a veces se lava las manos. 29 (72.5%) siempre registran los signos vitales, 11 (27.5%) siempre registran los signos vitales, 24 (60%) siempre reúne el material, equipo y lo traslada a la unidad del paciente, 15 (37.5%) a veces reúne el material, equipo y lo traslada a la unidad del paciente, 1 (2.5%) nunca reúne el material, equipo y lo traslada a la unidad del paciente. 20 (50%) siempre 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, 16 (40.5%) a veces 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, 4 (10%) nunca 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. El 30 (75%) siempre administran la medicación prescrita (sedante o tranquilizante), 8 (20%) a veces administran la medicación prescrita (sedante o tranquilizante), 2 (5%) nunca administran la medicación prescrita (sedante o tranquilizante). 26 (65%) siempre coloca al paciente en posición semifowler o fowler, 10 (25%) a veces coloca al paciente en posición semifowler o fowler, 4 (10%) nunca coloca al paciente en posición semifowler o fowler. 22 (55%) siempre una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentáneamente cerca del tórax

del paciente, 16 (40%) a veces una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentáneamente cerca del tórax del paciente, 2 (5%) nunca una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentáneamente cerca del tórax del paciente. 23 (37.5%) siempre sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco, 14 (35%) a veces sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco, 3 (7.5%) nunca sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco. 17 (42.5%) siempre la enfermera asegura todas las conexiones, 22 (55%) a veces la enfermera asegura todas las conexiones, 1 (2.5%) nunca la enfermera asegura todas las conexiones. 15 (37.5%) siempre fija el tubo del drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad, 13 (32.5%) a veces fija el tubo del drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad, 12 (30%) nunca fija el tubo del drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad. 7 (17.5%) siempre verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo, 15 (35.5%) a veces verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo, 18 (45%) nunca verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo. 25 (62.5%) siempre registra los signos vitales cada 15mn durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4horas, 12 (30%) a veces registra los signos vitales cada 15mn durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4horas, 3 (7.5%) nunca registra los signos vitales cada 15mn durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4horas. 24 (60%) siempre marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, y marca el nivel de drenaje en la hoja de control, 14 (35.5%) a veces marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, y marca el nivel de drenaje en la hoja de control, 2 (11%) nunca marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, y marca el nivel de drenaje en la hoja de control. 15 (37.5%) siempre asegura que la tubería no haga un asa o estorbe los movimientos del paciente, 19 (47.5%) a veces marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, y marca el nivel

de drenaje en la hoja de control, 6 (15%) nunca marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, y marca el nivel de drenaje en la hoja de control. 16 (40%) siempre permite que el paciente este cómodo, dando cambios frecuentes de posición, 22 (55.5%) a veces permite que el paciente este cómodo, dando cambios frecuentes de posición, 2 (5%) nunca permite que el paciente este cómodo, dando cambios frecuentes de posición. 20 (50%) siempre promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad de brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día, 13 (32.5%) a veces promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad de brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día, 7 (17.5%) nunca promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad de brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día. 27 (67.5%) siempre vigila que la presión en la cámara de succión situada a la izquierda del drenaje torácico, sea de 20cc de agua, 12 (30%) a veces vigila que la presión en la cámara de succión situada a la izquierda del drenaje torácico, sea de 20cc de agua, 1 (2.5%) nunca vigila que la presión en la cámara de succión situada a la izquierda del drenaje torácico, sea de 20cc de agua. 21 (52.5%) siempre vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbujeo constante en el sello de agua, 15 (37.5%) a veces vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbujeo constante en el sello de agua, 4 (10%) nunca vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbujeo constante en el sello de agua. 29 (72.5%) siempre observa si hay signos de respiración grafica y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo síntomas de hemorragia, 10 (25%) a veces observa si hay signos de respiración grafica y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo síntomas de hemorragia, 1 (2.5%) nunca observa si hay signos de respiración gráfica y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo síntomas de hemorragia. 18 (45%) siempre fomenta que el paciente respire profundamente y tosa a intervalos frecuentes, 17 (42.5%) a veces observa si hay signos de respiración gráfica y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo síntomas de hemorragia, 5 (12.5%) nunca observa si hay

signos de respiración gráfica y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo síntomas de hemorragia. 25 (62.5%) siempre registra la cantidad, color, consistencia del líquido aspirado y las manifestaciones que presenta el paciente en la hoja de enfermería, 15 (37.5%) a veces registra la cantidad, color, consistencia del líquido aspirado y las manifestaciones que presenta el paciente en la hoja de enfermería. 15 (37.5%) siempre retira los apósitos que cubren la sonda teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realiza esta maniobra, 23 (57.5%) a veces retira los apósitos que cubren la sonda teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realiza esta maniobra, 2 (5%) nunca retira los apósitos que cubren la sonda teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realiza esta maniobra. 25 (62.5%) siempre los médicos se colocan los guantes estériles, realiza las técnicas de asepsia sujetando el tubo y corta las suturas que mantienen la sonda sujeta a la piel, 13 (32.5%) a veces los médicos se colocan los guantes estériles, realiza las técnicas de asepsia sujetando el tubo y corta las suturas que mantienen la sonda sujeta a la piel, 2 (5%) nunca los médicos se colocan los guantes estériles, realiza las técnicas de asepsia sujetando el tubo y corta las suturas que mantienen la sonda sujeta a la piel. 16 (40%) siempre se asegura que la sonda torácica este 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, 22 (55%) a veces se asegura que la sonda torácica este 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, 2 (5%) nunca se asegura que la sonda torácica este 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. 28 (70%) siempre retira el tubo cubriendo de inmediato el punto de inserción con el apósito, 12 (30%) a veces retira el tubo cubriendo de inmediato el punto de inserción con el apósito. 28 (70%) siempre la enfermera fija el apósito asegurándose de cubrir por completo la incisión y cierre lo más hermético posible, 11 (27.5%) a veces la enfermera fija el apósito asegurándose de cubrir por completo la incisión y cierre lo más hermético posible, 1 (2.5%) nunca la enfermera fija el apósito asegurándose de cubrir por completo la incisión y cierre lo más hermético posible. 27 (67.5%) siempre vigila las constantes vitales, valora particularmente la intensidad y calidad de las respiraciones del paciente, 13 (32.5%) a veces vigila las constantes vitales, valora particularmente la intensidad y calidad de las respiraciones del paciente. 25 (62.5%) siempre durante las dos primeras horas después de a ver 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, 12 (30%) a veces durante las dos primeras horas después de a ver 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, 3 (7.5%) nunca durante las dos primeras horas después de a ver 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. 10 (25%) siempre se debe valorar la totalidad 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, 16 (40%) a veces se debe valorar la totalidad 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, 14 (35%) nunca se debe valorar la totalidad 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.

DISCUSIÓN

El Hospital General Xoco se ha especializado en pacientes de Traumatología por lo que el manejo del drenaje torácico es muy usual. Es importante que el personal de enfermería esté capacitado para dar una atención adecuada a este tipo de pacientes, que conozcan los cuidados antes, durante y después de la instalación del drenaje torácico.

En la investigación bibliografía encontramos que los principales cuidados de enfermería son:

- Aseo del paciente (se tendrá cuidado con los tubos para que no se desconecten y nunca se pinzaran)

La enfermera deberá vigilar:

- Que el apósito este en buen estado.
- Vigilar que el equipo de drenaje este funcionando correctamente.
- Medir la cantidad de líquido drenado por turno.
- Indicar la movilidad correcta para no obstruir la función del drenaje torácico.

Los conocimientos evaluados en el Hospital General Xoco han sido valorados mediante una encuesta y los resultados comparados con nuestra bibliografía fueron buenos, ya que las enfermeras sacaron un nivel óptimo en los conocimientos en el manejo de pacientes con drenaje torácico.

CONCLUSIÓN

Por medio de este estudio concluimos que las enfermeras del Hospital General Xoco, de los servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía y Terapia Intensiva, poseen los conocimientos adecuados sobre el manejo de pacientes con drenaje torácico, demostrando que nuestro objetivo fue cumplido satisfactoriamente, ya que pudimos determinar los conocimientos por parte del personal de Enfermería en el manejo de pacientes con drenaje torácico.

SUGERENCIAS

El presente trabajo pretende establecer una guía sobre los cuidados para el paciente con drenaje torácico para el personal de Enfermería en el cual se hacen las siguientes sugerencias:

VALORACIÓN DEL PACIENTE

- Evaluación periódica de signos vitales tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Color de la piel y mucosas
- Sudoración ó signos de perfusión
- Nauseas
- Ansiedad ó insomnio
- Síntomas como dolor torácico, disnea, fiebre, tiraje.

CUIDADOS DIARIOS A PACIENTES CON DRENAJE TORÁCICO:

VIGILAR:

- APÓSITO se cambiara diariamente (turno de matutino), se utilizaran guantes estériles se limpiara con suero fisiológico y luego Isodine, a la vez se inspeccionara la zona por si hubiera edema, inflamación, exudado, crepitaciones. La herida quirúrgica se tapara con apósito quirúrgico, si no hay complicaciones a los tres días se retirara el apósito.
- EQUIPO DE DRENAJE comprobar diariamente niveles de las cámaras. Cuando se tenga que rellenar la cámara de aspiración se cerrara la aspiración para realizarlo, luego de rellenara y se volverá abrir.
- MEDICIONES todos los días a las 9 horas se marcara en el equipo de drenaje la cantidad de liquido que ha salido (para ello se cerrara la aspiración momentáneamente)

También se anotara en el registro de enfermería en la casilla de otros cuidados tanto la cantidad como el aspecto, presencia o ausencia de burbujeo y fluctuaciones

DIETA se recomienda dieta rica en fibra, aumento de ingesta de líquidos y si precisa laxantes para evitar estreñimiento y mantener la función intestinal

MOVILIDAD se intentara levantar al sillón lo antes posible para evitar complicaciones posteriores.

EL PINZAMIENTO DE LOS TUBOS DEBE QUEDAR LIMITADO A:

- Cuando se cambie el equipo
- Para intentar localizar una fuga aérea
- Para valorar la retirada del tubo torácico (en caso de neumotórax)
- Al trasladar al paciente a otra unidad

"NO SE DEBE PINZAR EN NINGUN OTRO CASO"

CUIDADOS POR TURNO

APÓSITO vigilar que no esté sucio, en caso contrario, ó necesario se cambiara

TUBO DE TORÁX comprobar que el tubo no esté acodado y esté permeable. En caso de salirse de la zona de inserción se tapara inmediatamente con gasas impregnadas en vaselina. Si la desconexión es con el sistema de drenaje se conectara lo más rápidamente posible o se creara un sello de agua con una botella de agua bidestilada y se le hará al paciente toser y exhalar profundamente para sacar lo antes posible el aire que le ha podido entrar

TUBO DE CONEXIÓN el tubo de conexión es el que conecta el tubo de tórax con el equipo de drenaje. Este tubo debe estar siempre libre de liquido de drenado

para evitar disminuciones en la aspiración. Vigilar la posible aparición de coágulos en el tubo de drenaje e intentar evacuarlos. El ordeño no es aconsejable porque crea un exceso transitorio de presión negativa en la cavidad torácica.

En caso de necesitar tener una muestra del líquido drenado se sacara del tubo de conexión lo más cerca posible del tubo torácico y nunca de la cámara colectora. Comprobar que el tubo no esté acodado ni quede en U descendente

SISTEMA DE DRENAJE comprobar que este vertical siempre por debajo del tórax del paciente , observar la presencia o ausencia de fluctuaciones en la cámara de sello de agua la ausencia de liquido en la cámara colectora y la no fluctuación puede significar la obstrucción. Vigilar la cantidad drenada ya que si es superior a 150 ml hora de sangre se avisara al médico, también se observara las características de liquido drenado ej. Sangre, serosanguinolento, seroso.

FISIOTERAPIA será importante insistir al paciente para que realice todos los ejercicios para evitar complicaciones posteriores. Para ello deberá realizar

- Inspirómetro volumétrico. Debería instruirse por el fisioterapeuta antes de la intervención y realizarle una medición basal para tenerla de referencia. Después de la intervención es conveniente que realice entre 5 ó 10 inspiraciones cada hora. El Inspirómetro volumétrico está indicado solo en neumectomías.
- Inspirómetros de flujo El resto de pacientes con drenaje torácico utilizaran los inspirómetros de flujo(bolitas)
- Levantara los brazos en dos ángulos diferentes todo lo posible lo realizara varias veces por turno y desde el primer día.
- Ejercicios respiratorios de proyección de aire sobre distintos puntos donde se va poniendo la mano. Este ejercicio se realizara dos veces por turno.

REGISTRO al terminar el turno se anotara en el registro de enfermería en el apartado de otros cuidados todo lo referente al drenaje torácico como color y aspecto. Si burbujea o fluctúa sello de agua.

CUIDADOS DEL PACIENTE TRAS LA RETIRADA DEL DRENAJE

Durante la primera hora se controlara cada 15 minutos la respiración del paciente por si apareciese un neumotórax cuyos síntomas y signos son respiraciones rápidas ó trabajosas, dolor torácico y descenso de los sonidos respiratorios a la auscultación

Luego los controles pueden ir espaciándose.

Si sospechamos de que se ha producido un neumotórax se avisara al médico y se pedirá RX portátil urgente.

BIBLIOGRAFÍA

- José M. Galbis-Caravajal. Anotaciones históricas sobre el tratamiento de las heridas torácicas. 27 de Febrero de 2009. N.º 1.727
- L.WIECK, E.M. KING, M.DYER. TECNICAS DE ENFERMERÍA, MANUAL ILUSTRADO. 3ª EDICIÓN
- G.Varela,M.F.Jimenez López(1996); "CIRUGIA TORÁCICA". Protocolos clinicos y guía para residentes.
- GANONG. FISIOLOGÍA MÉDICA. 19ª EDICION
- Mª Jesús torres, Ana Marcos: "CUIDADOS AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO ". "ENFERMERIA CLINICA".Volumen 5. Número 5. Pág 51-53.
- El pequeño Larousse ilustrado 2003 novena edición. SPES EDITORIAL, S. L., Barcelona.
- T. R. Harrison "Principios de Medicina Interna" Volumen 1, 15ª Edición, 2001 Mc Graw Hill
- Lynda Juall Carpenito Diagnósticos de Enfermería "Aplicaciones a la práctica clínica" 9ª Edición, 2002 Mc Graw Hill
- Joan Luckmann Ma, "Cuidados de Enfermería" Volumen 1, 2000, Mc Graw Hill Interamericana

ANEXOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INSTRUCCIONES: Marque con una x si la Enfermera observada realiza las intervenciones descritas.

1. La enfermera explica al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

2. Revisa la placa de rayos X para valorar la presencia de hemotórax o neumotórax.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

3. Se lava las manos.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

4. Registra los signos vitales.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

5. Reúne el material, equipo y lo traslada a la unidad del paciente.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

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.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

7. Administra la medicación prescrita (sedante o tranquilizante).

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

8. Coloca al paciente en posición semifowler o fowler.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

9. Una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentáneamente cerca del tórax del paciente.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

10. Sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

11. La enfermera asegura todas las conexiones.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

12. Fija el tubo del drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

13. Verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

14. Registra los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4 horas.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

15. Marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje, y marca el nivel de drenaje en la hoja de control.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

16. Asegura que la tubería no haga un asa o estorbe los movimientos del paciente.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

17. Permite que el paciente esté cómodo, dando cambios frecuentes de posición.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

18. Promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad del brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

19. Vigila que la presión en la cámara de succión situada a la izquierda del drenaje torácico, sea de 20 cc de agua.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

20. Vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbujeo constante en el sello de agua.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

21. Observa si hay signos de respiración rápida y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo o síntomas de hemorragia.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

22. Fomenta que el paciente respire profundamente y tosa a intervalos frecuentes.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

23. Registra la cantidad, color, consistencia del líquido aspirado y las manifestaciones que presenta el paciente en la hoja de observaciones de enfermería.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

24. Retira los apósitos que cubren la sonda, teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realice esta maniobra.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

25. 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.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

26. 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.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

27. Retira el tubo cubriendo de inmediato el punto de inserción con el apósito.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

28. La enfermera fija el apósito, asegurándose de cubrir por completo la incisión, y cierre lo más hermético posible.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

29. Vigila las constantes vitales, valora particularmente la intensidad y calidad de las respiraciones del paciente.

SIEMPRE_____ A VECES_____ NUNCA_____

30. 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.

SIEMPRE_____

A VECES_____

NUNCA_____

31. 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.

SIEMPRE_____

A VECES_____

NUNCA_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D. F. a 15 de Abril del 2013.

Lic. Herminia Martínez Novillán.

Buenos Días.

Por medio de este escrito le solicitamos el permiso para la aplicación del instrumento para la recolección de datos para la elaboración de la tesis como requisito para la titulación, en los servicios Cirugía General, Medicina Interna, Neurocirugía y Terapia Intensiva dentro del Hospital General Xoco con el título **PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON DRENAJE TORÁCICO EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO.**

Sin más por el momento le agradecemos su apoyo.

Lic. Herminia Martínez Novillán.

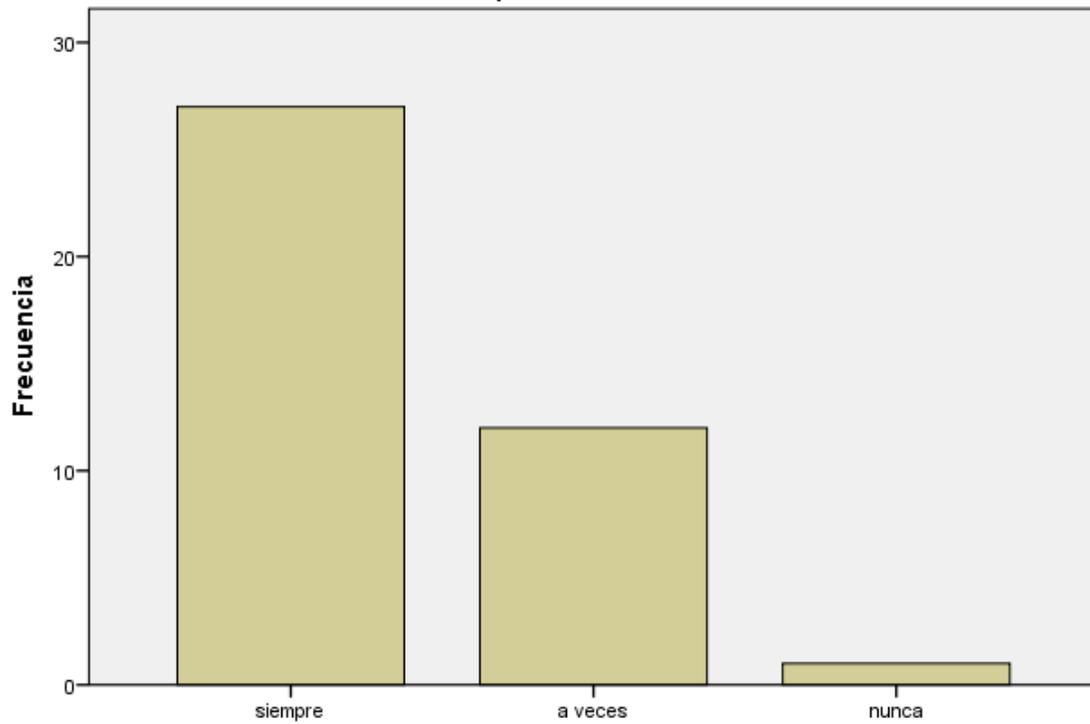
CRONOGRAMA

OCTUBRE		NOVIEMBRE		ENERO		FEBRERO	
DIA	ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDAD
4	Introducción	15	Elegir título	3	Justificación	7	Marco teórico
18	Introducción	22	Planteamiento del problema	17	Definición de variables	22	Revisión de avances
26	Elección del tema	30	Revisión de avances	25	Revisión de avances	28	Marco teórico
				31	Objetivos e Hipótesis		

ABRIL		MAYO		JUNIO	
DIA	ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDAD	DIA	ACTIVIDAD
4	Material y métodos	2	Universo/ Muestra	6	Análisis de los resultados
18	Diseño metodológico	9	Instrumento de recolección	13	Graficas de resultados
26	Revisión de avances	16	Recolección de los datos	20	Discusión de los resultados
		31	Revisión de avances	27	Conclusión
				28	Revisión preliminar de la tesis

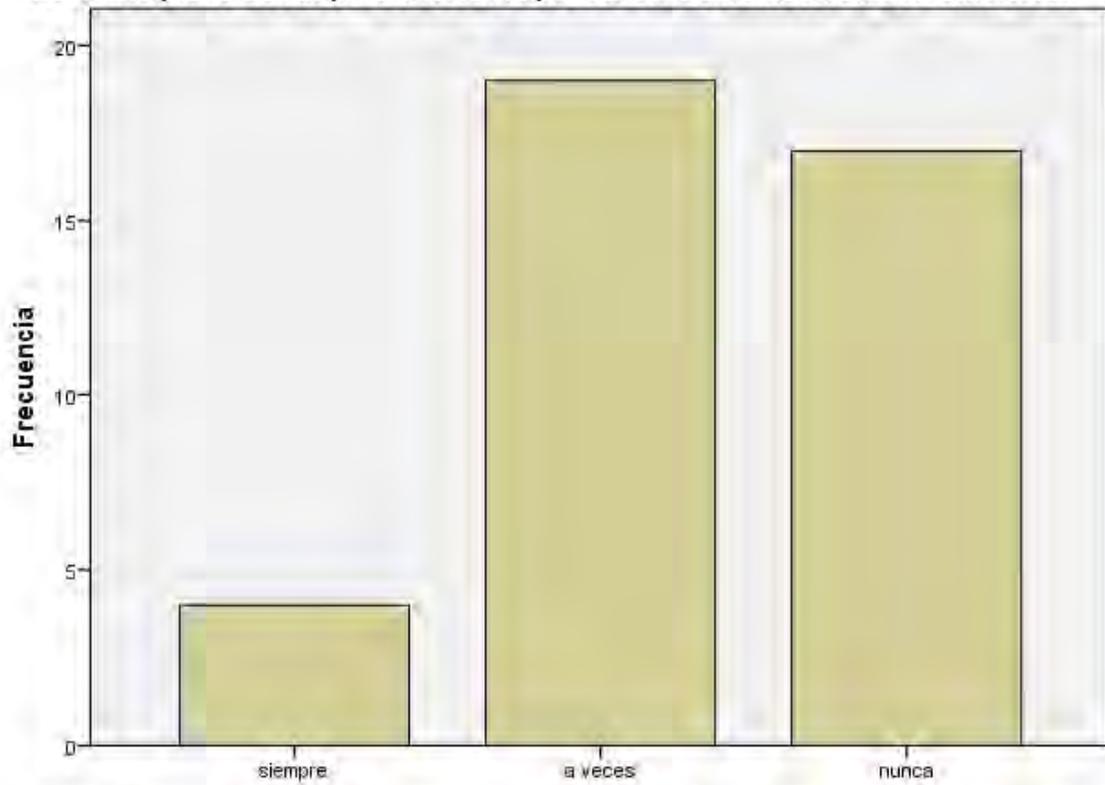
GRÁFICAS

La Enfermera explica al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite

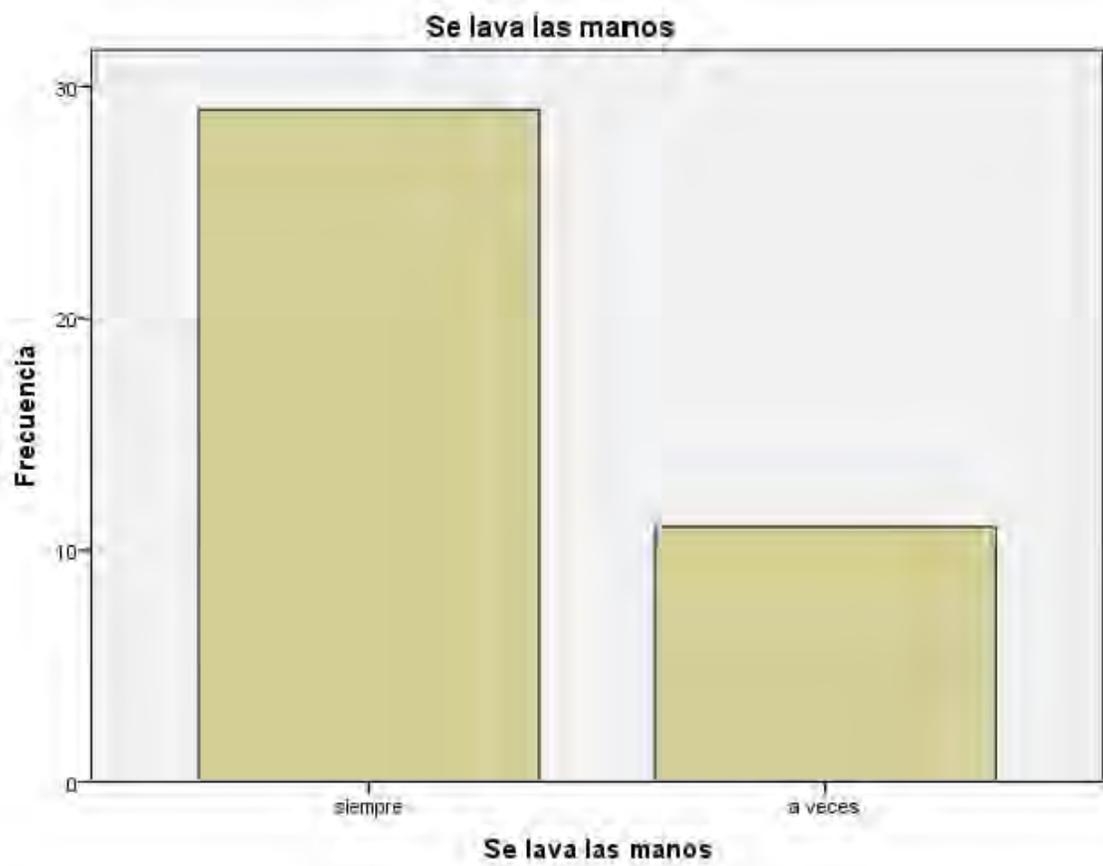


La Enfermera explica al paciente el procedimiento si su estado de conciencia lo permite

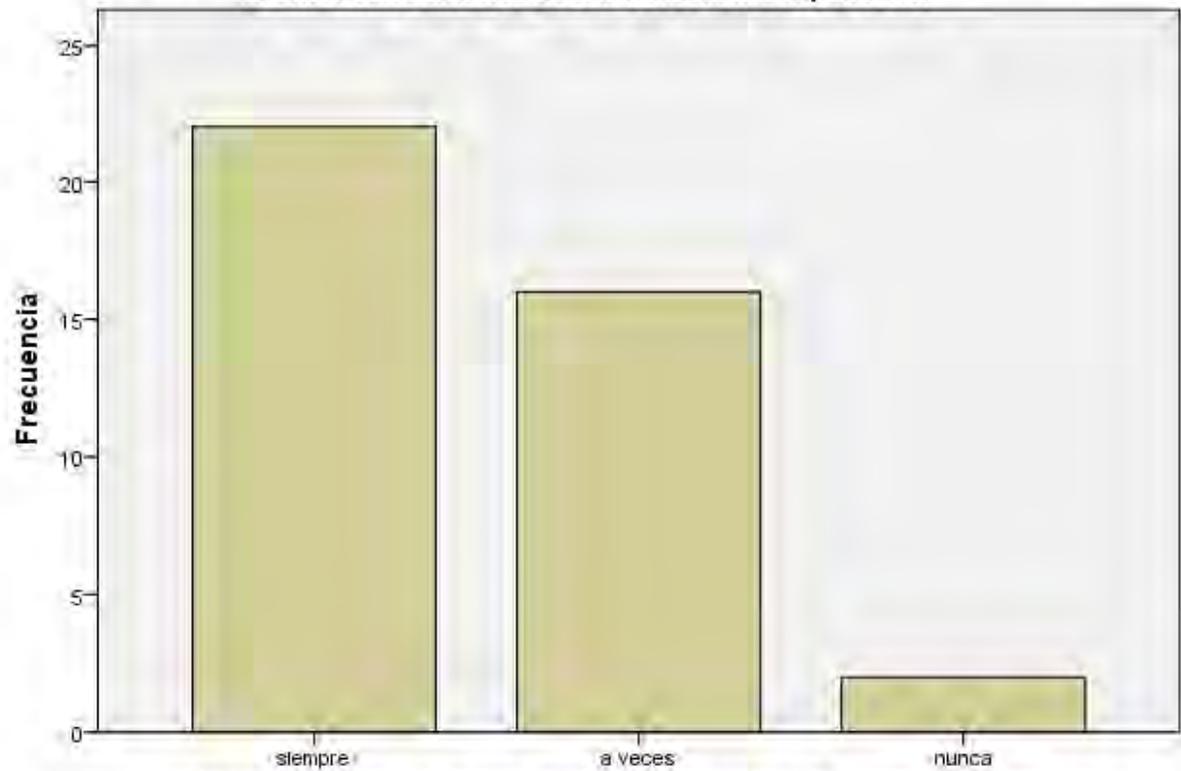
Revisa la placa de Rx para volar la presencia de hemotórax o neumotórax



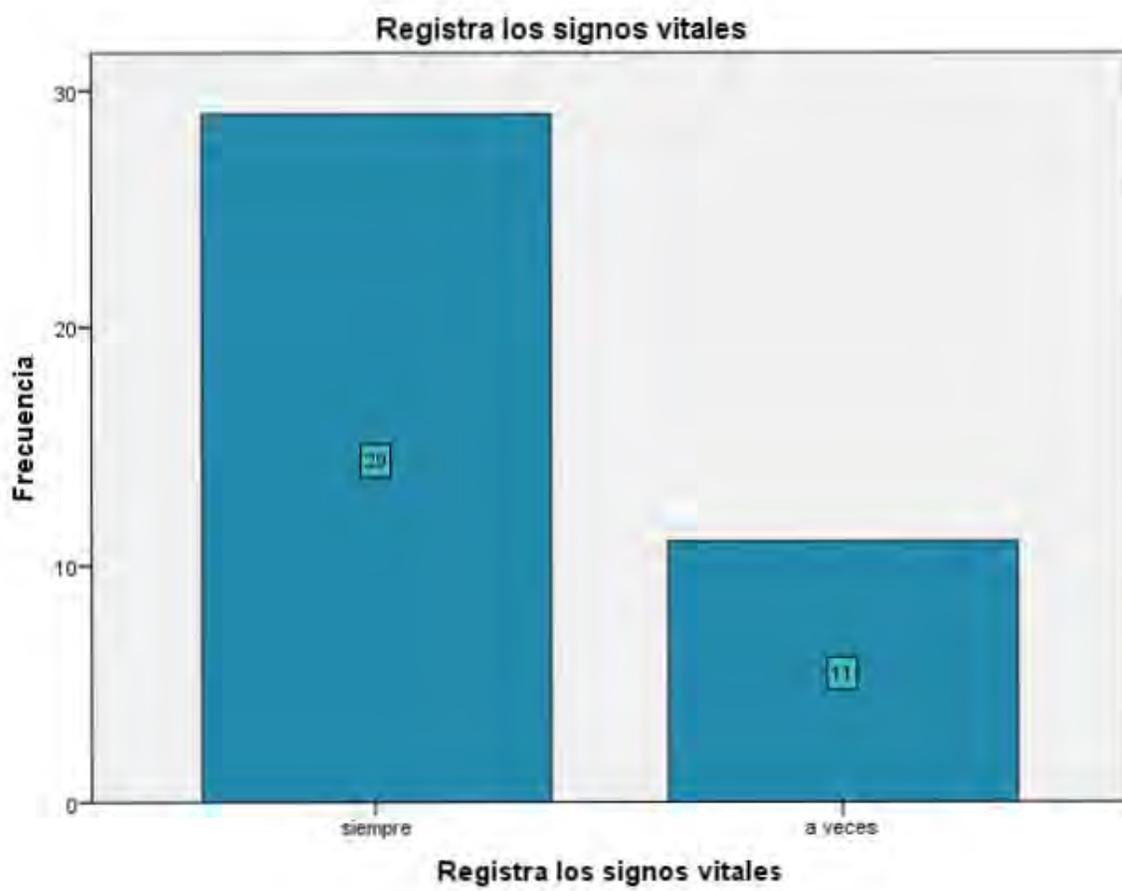
Revisa la placa de Rx para volar la presencia de hemotórax o neumotórax

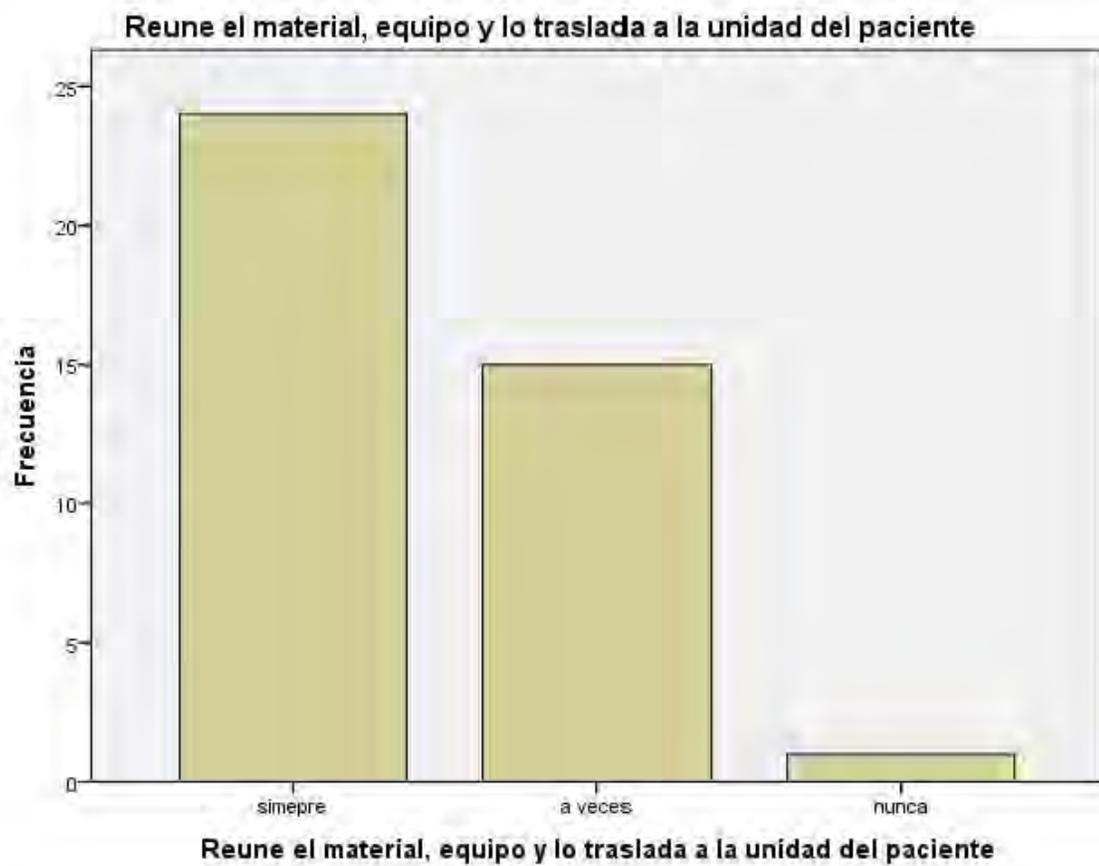


Una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentaneamente cerca del tórax del paciente

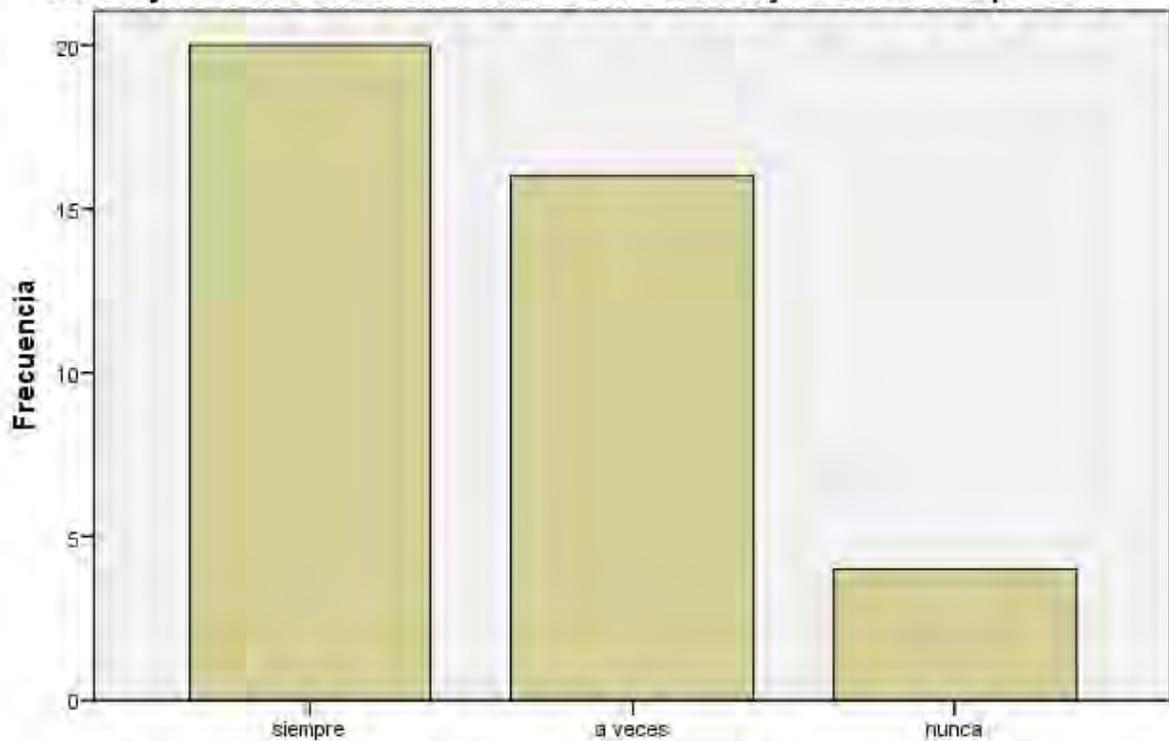


Una vez insertado, conecta el tubo al sistema de drenaje o lo pinza momentaneamente cerca del tórax del paciente

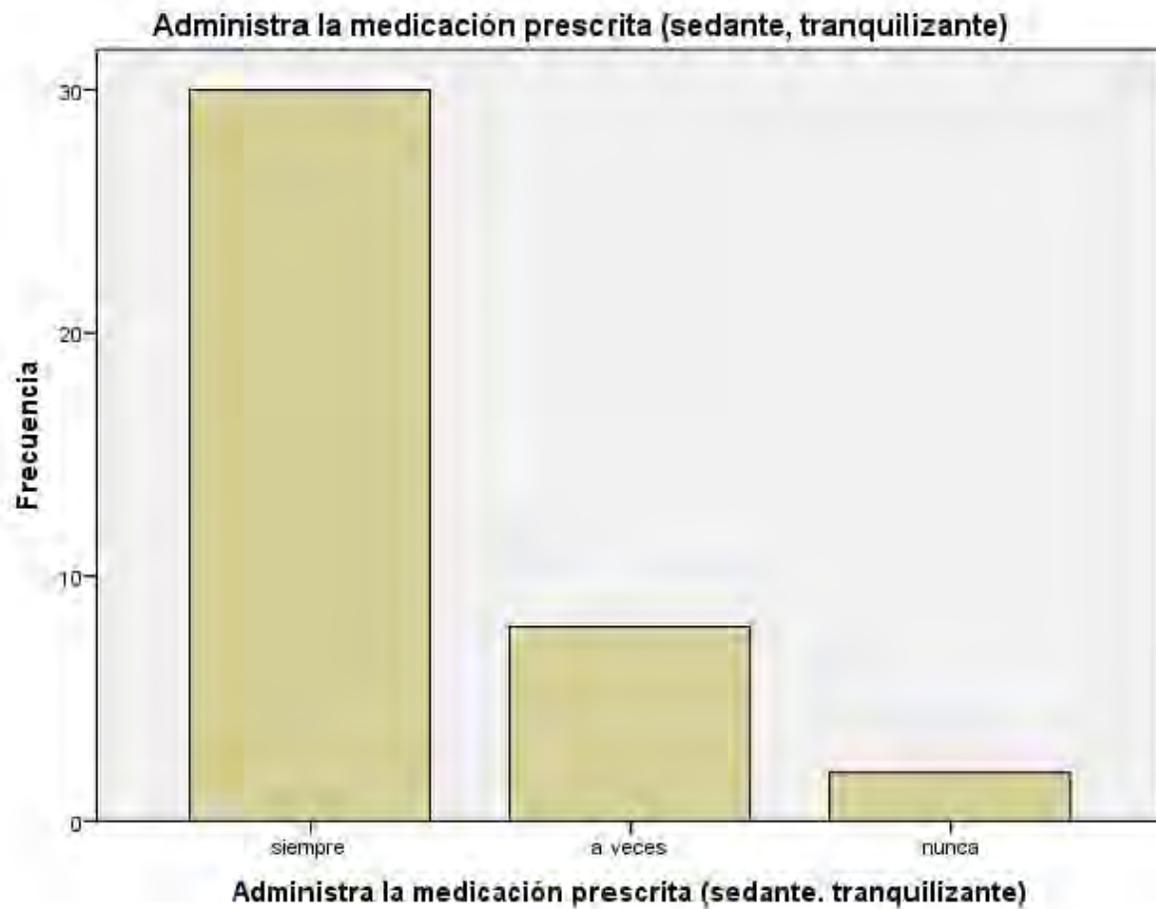


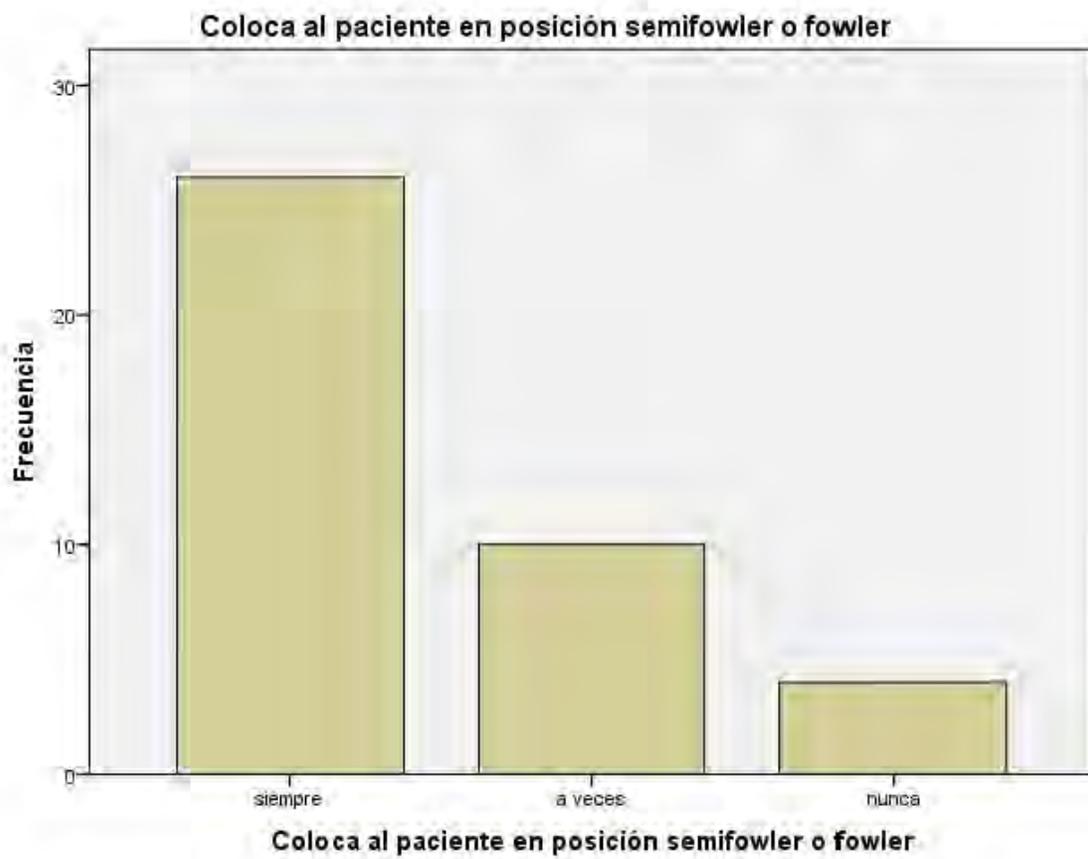


Prepara el sistema de drenaje con técnica aséptica, para que este listo para ser usado y lo coloca cerca de la cama a nivel más bajo del tórax del paciente

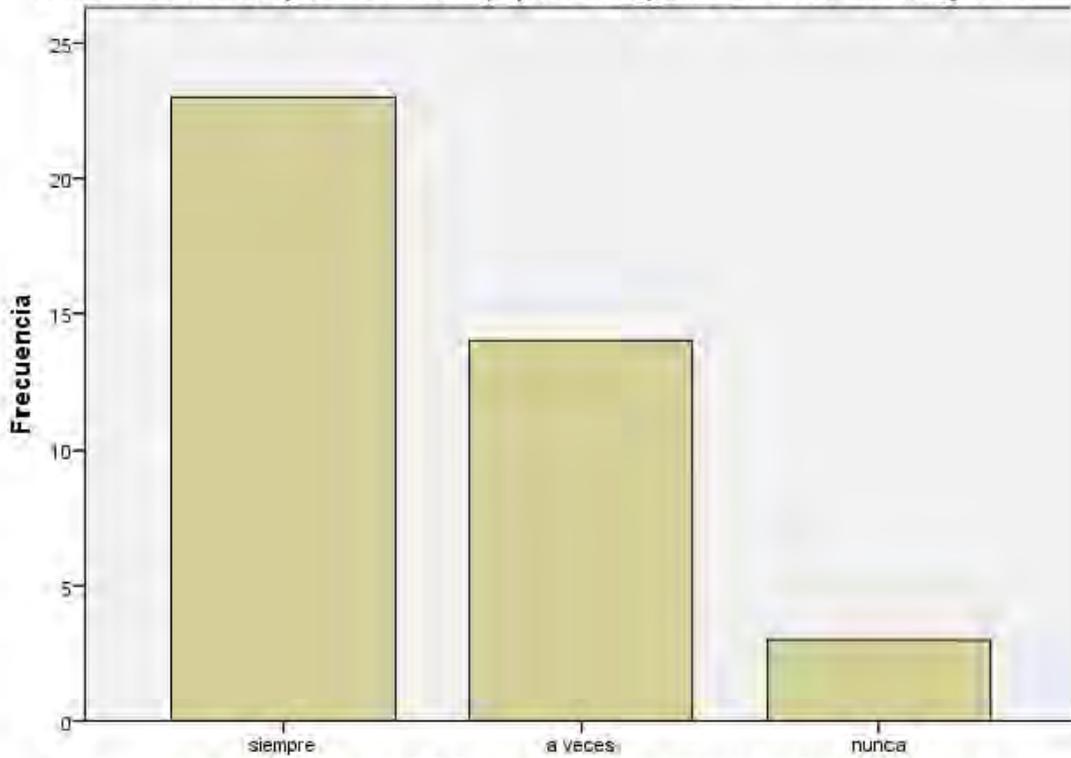


Prepara el sistema de drenaje con técnica aséptica, para que este listo para ser usado y lo coloca cerca de la cama a nivel más bajo del tórax del paciente

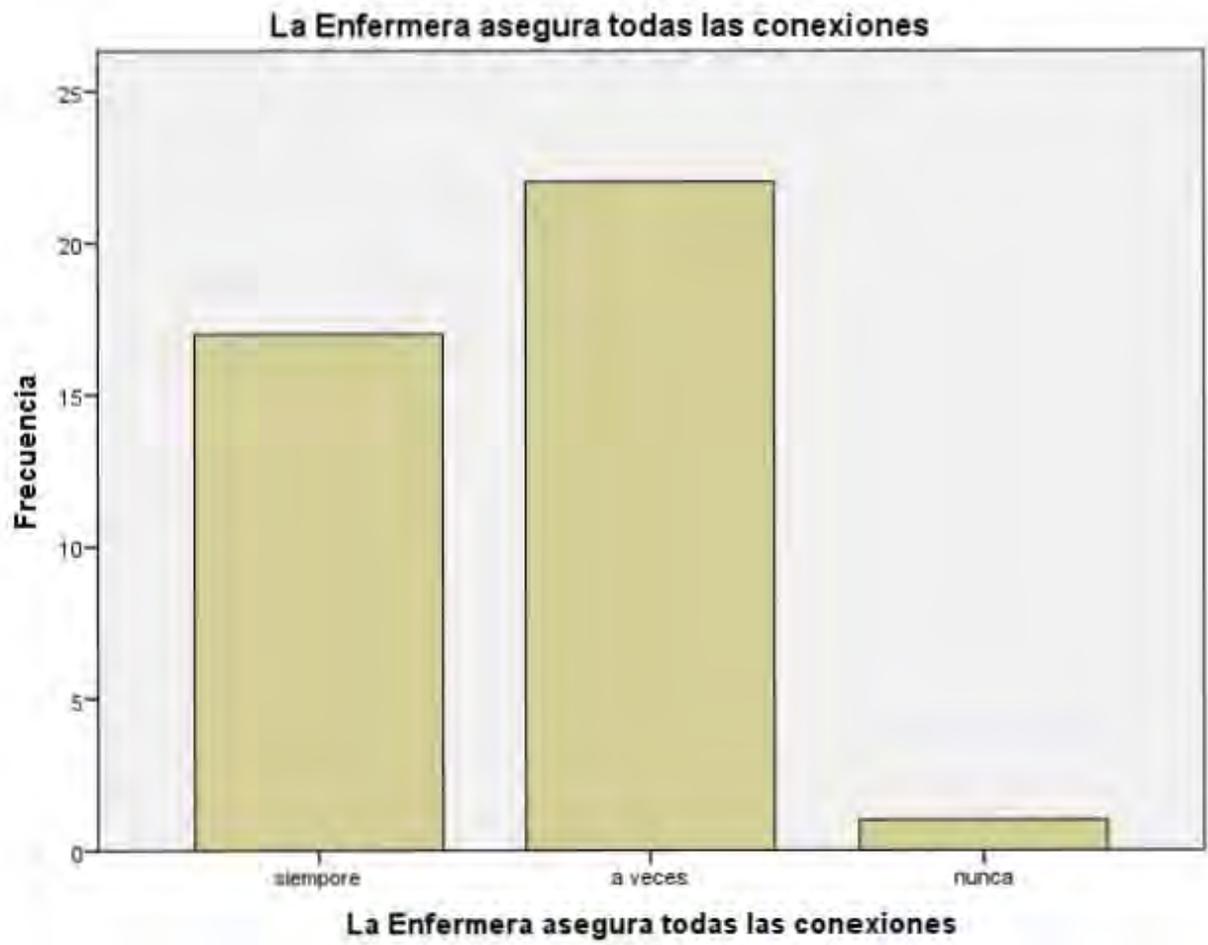




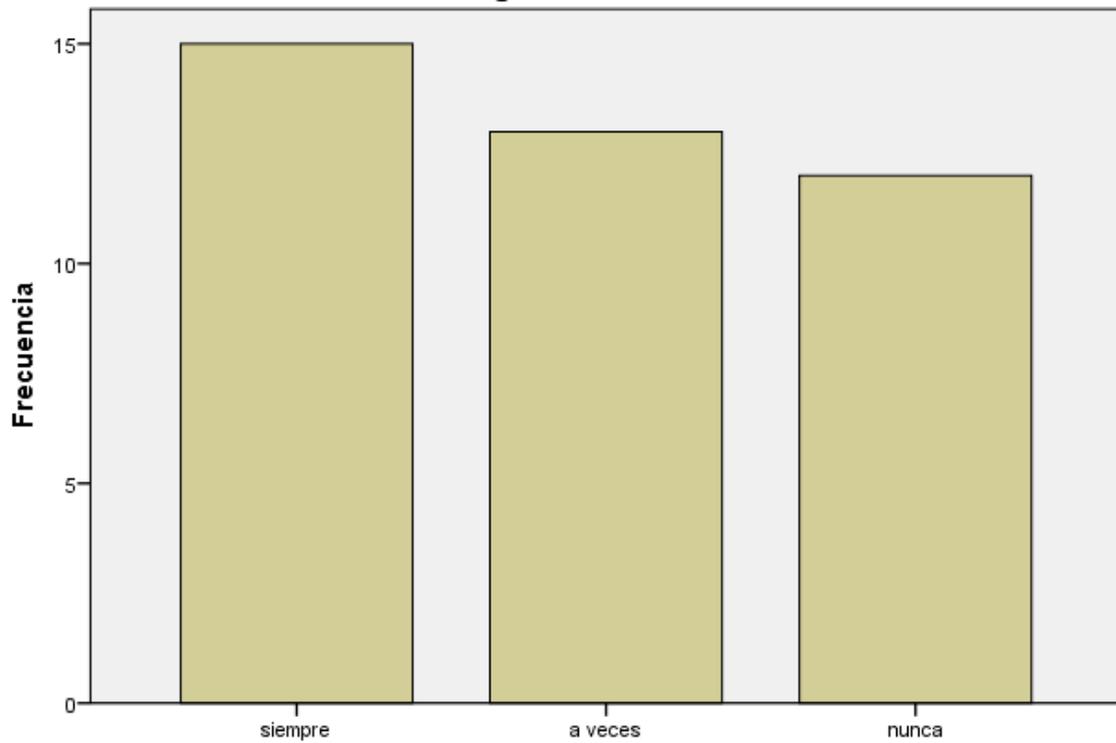
Sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco



Sutura el tubo a la pared del tórax, aplica un apósito oclusivo estéril y seco

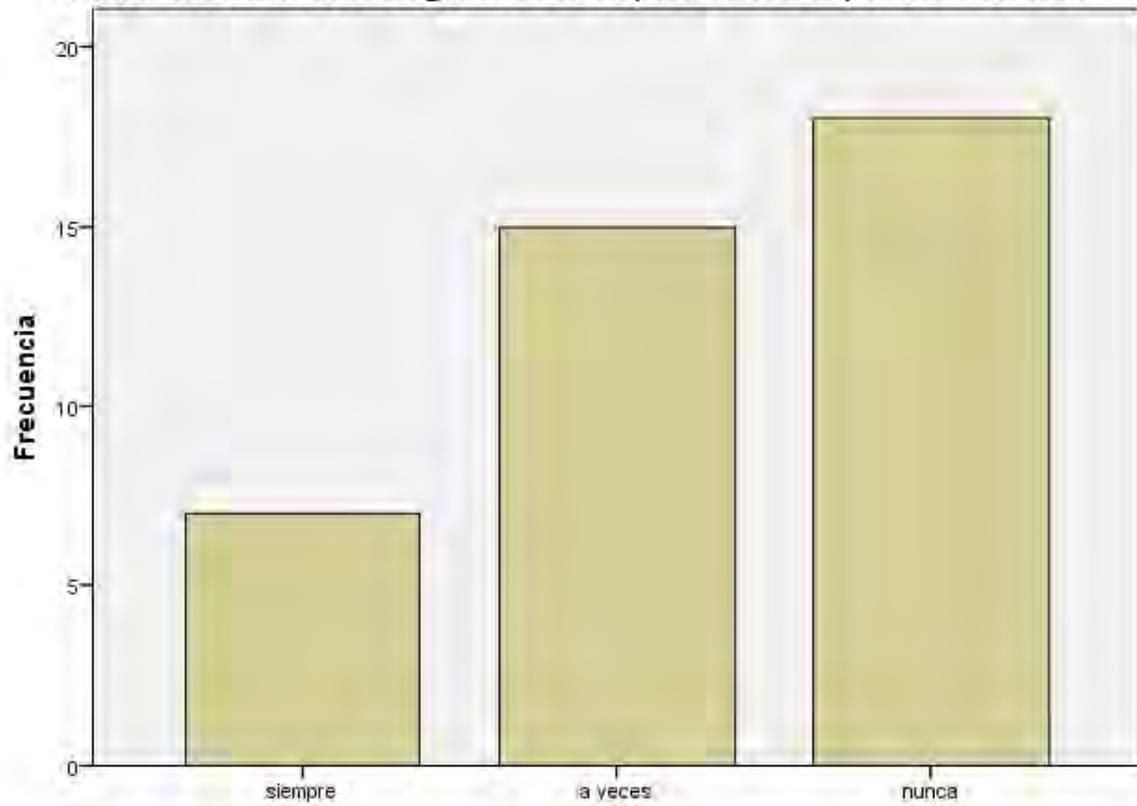


Fija el tubo de drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad



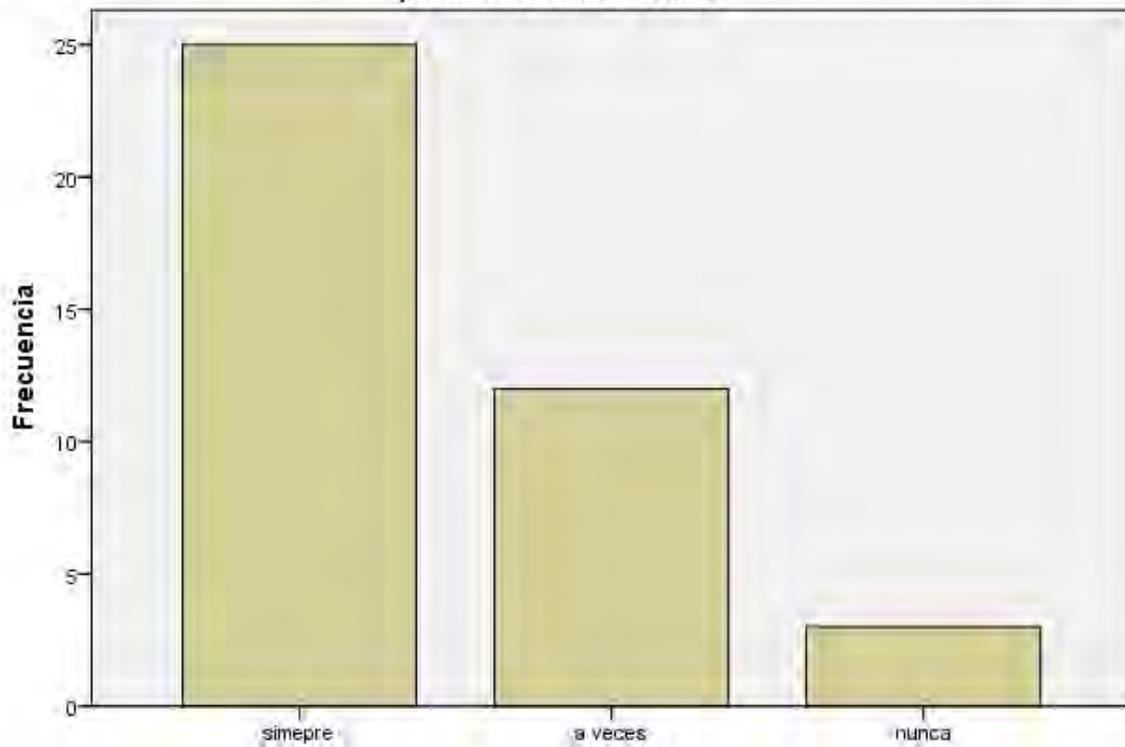
Fija el tubo de drenaje y lo asegura a la ropa de cama, para facilitar el flujo por gravedad

Verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo



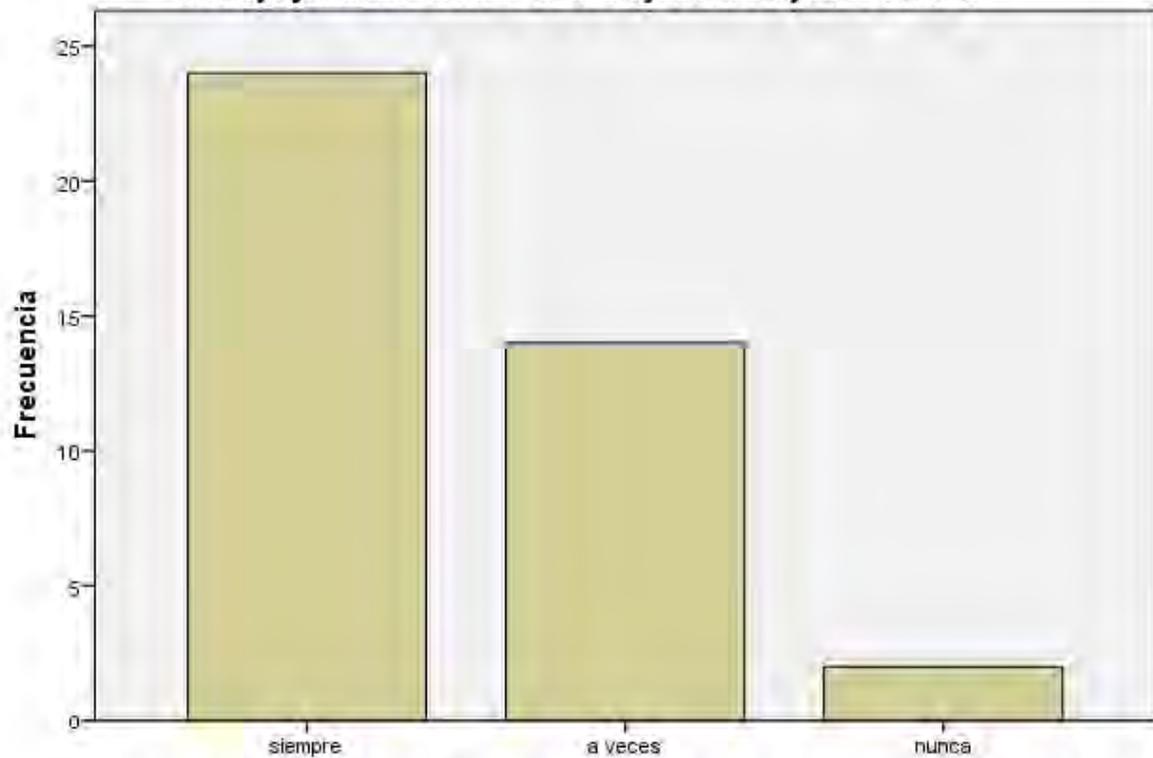
Verifica el control de radiografía de tórax para valorar la posición del tubo

Registra los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4 horas



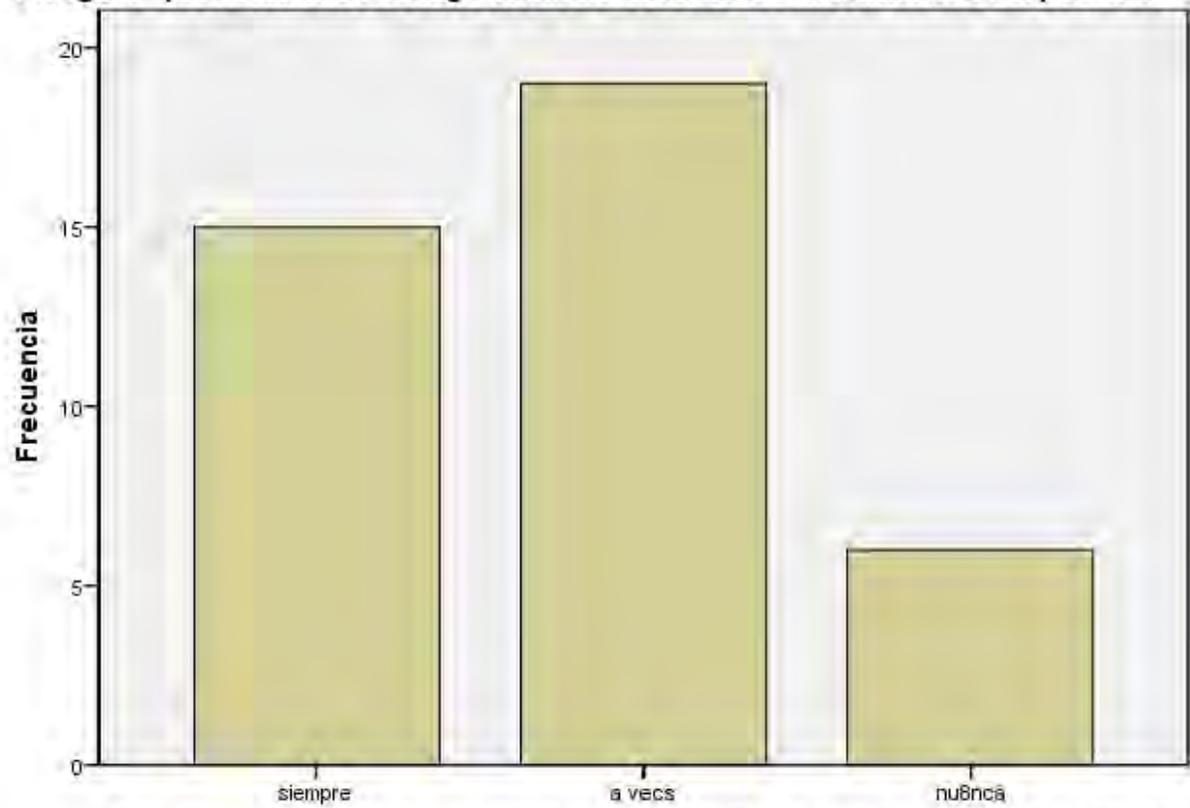
Registra los signos vitales cada 15 minutos durante la primera hora, ausculta los pulmones cada 4 horas

Marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje y marca el nivel de drenaje en la hoja de control.



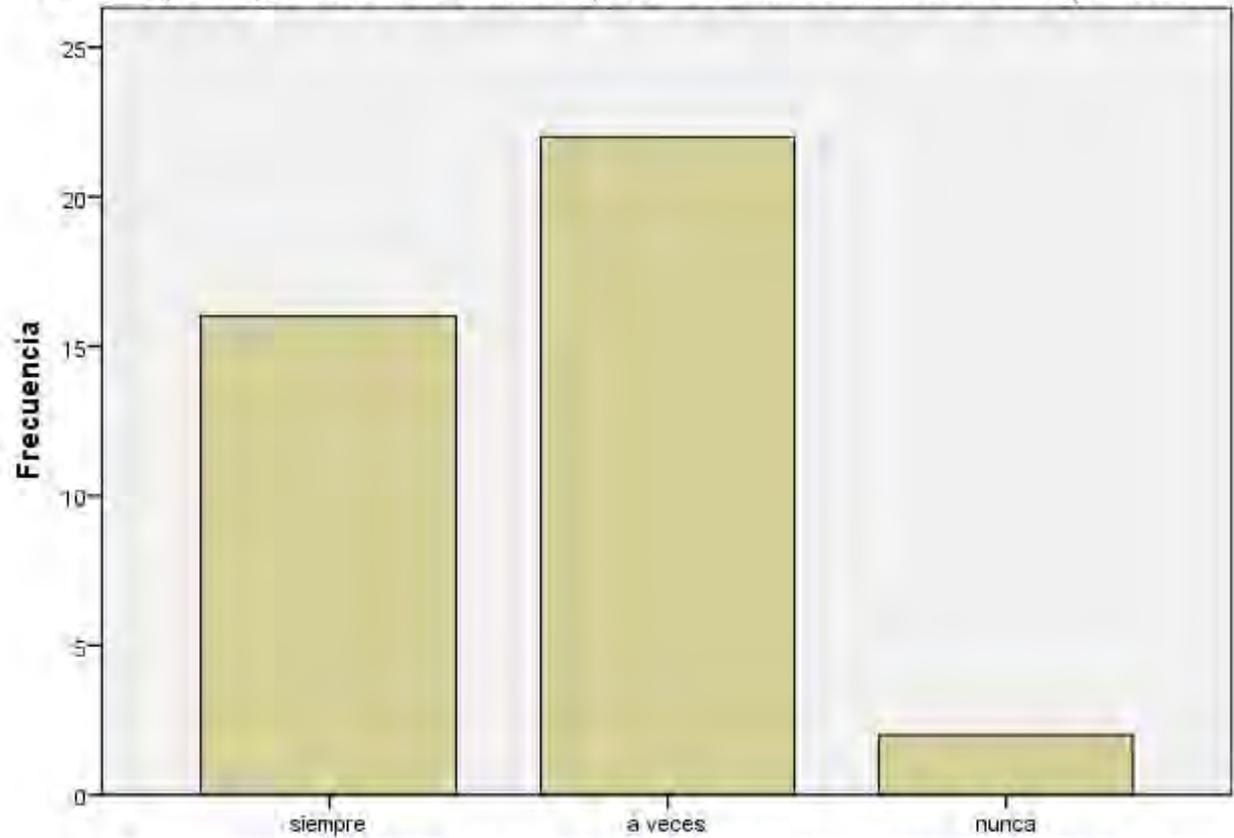
Marca el nivel original del líquido con una etiqueta en el exterior del sistema de drenaje y marca el nivel de drenaje en la hoja de control.

Asegura que la tubería no haga un asa o estorbe los movimientos del paciente



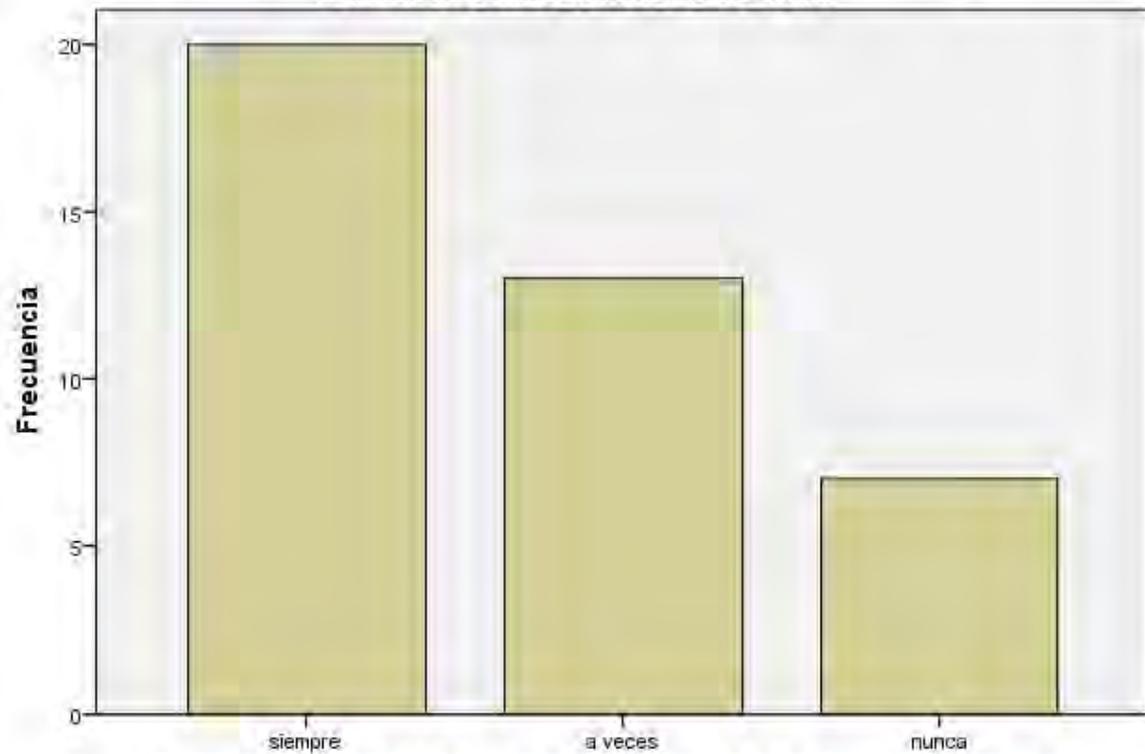
Asegura que la tubería no haga un asa o estorbe los movimientos del paciente

Permite que el paciente este comodo, dando cambios frecuentes de posición



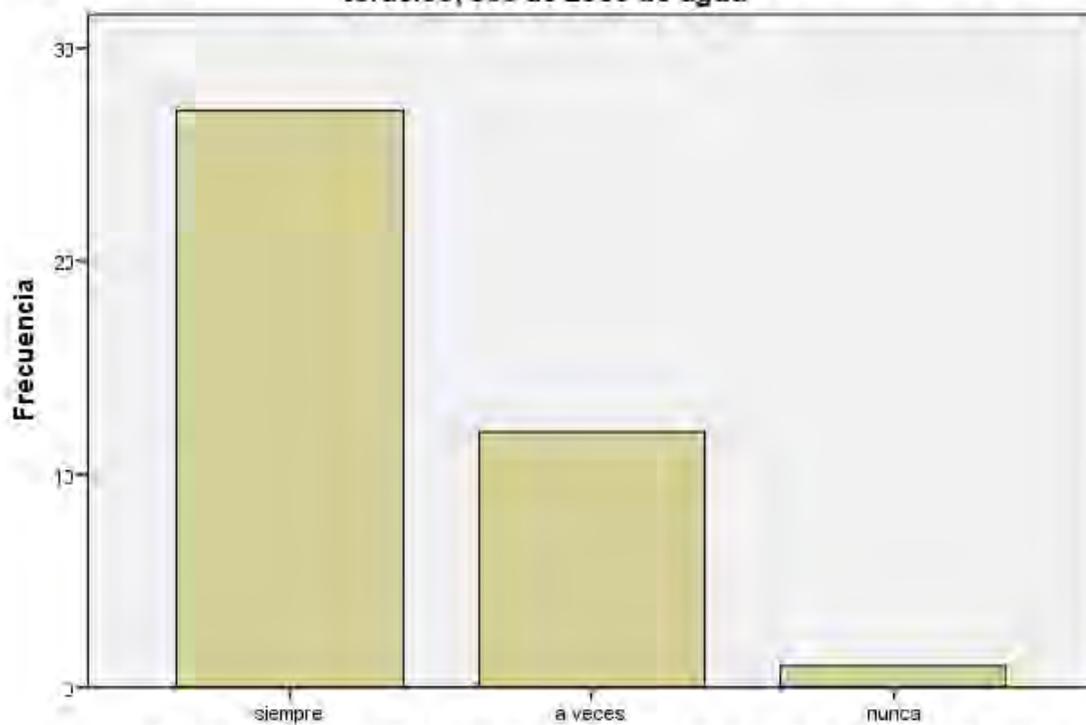
Permite que el paciente este comodo, dando cambios frecuentes de posición

Promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad del brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día



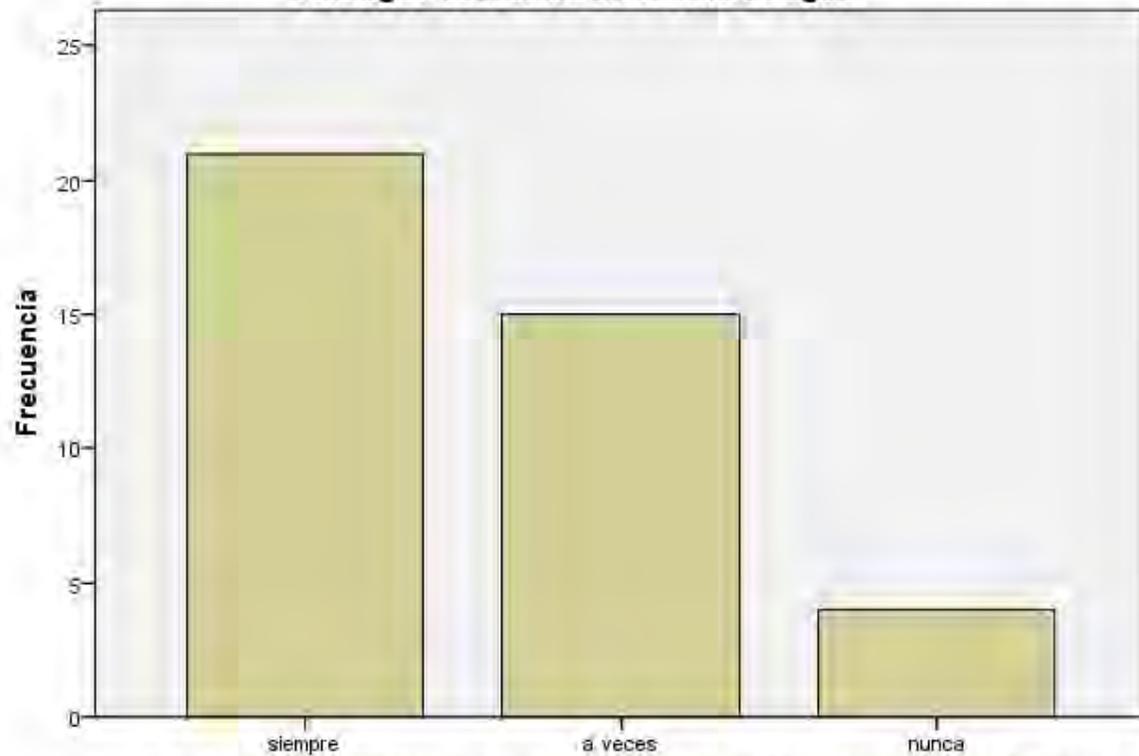
Promueve ejercicios en toda la extensión de la movilidad del brazo y el hombro del lado afectado varias veces al día

Vigila que la presión de la cámara de succión situada a la izquierda del drenaje torácico, sea de 20cc de agua



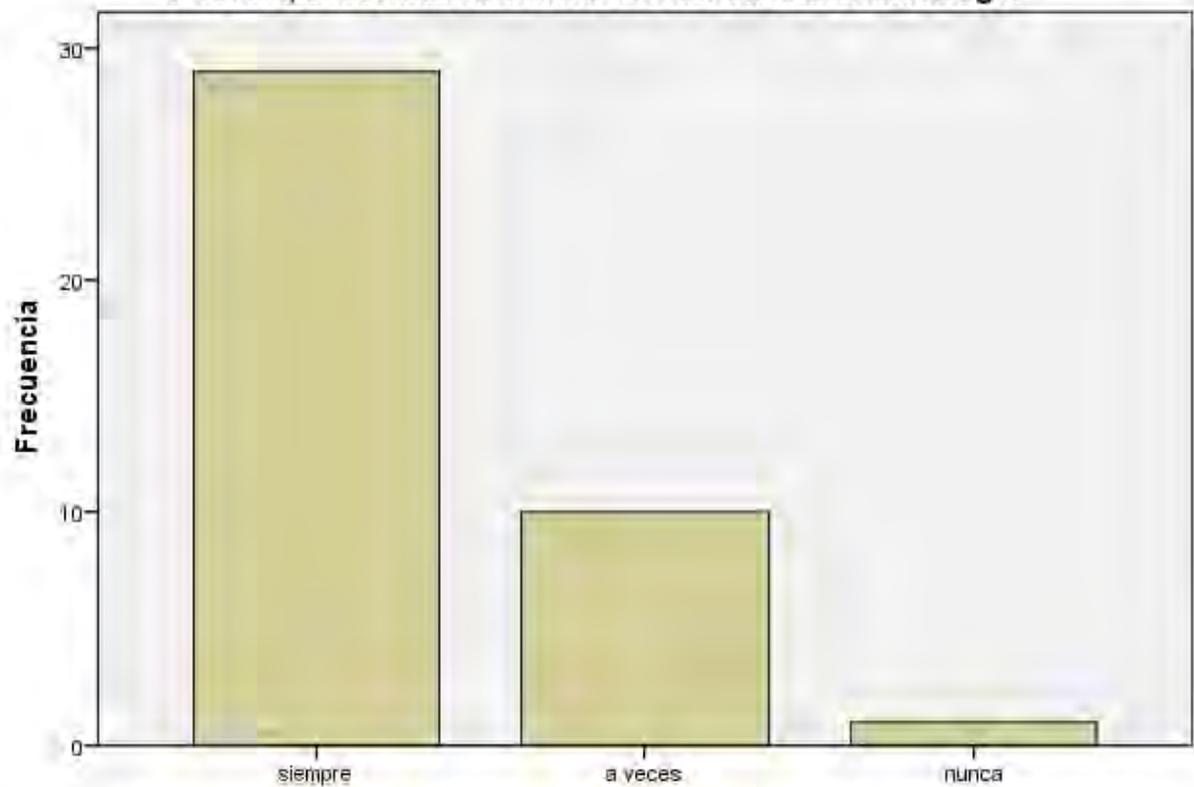
Vigila que la presión de la cámara de succión situada a la izquierda del drenaje torácico, sea de 20cc de agua

Vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbugeo constante en el sello de agua



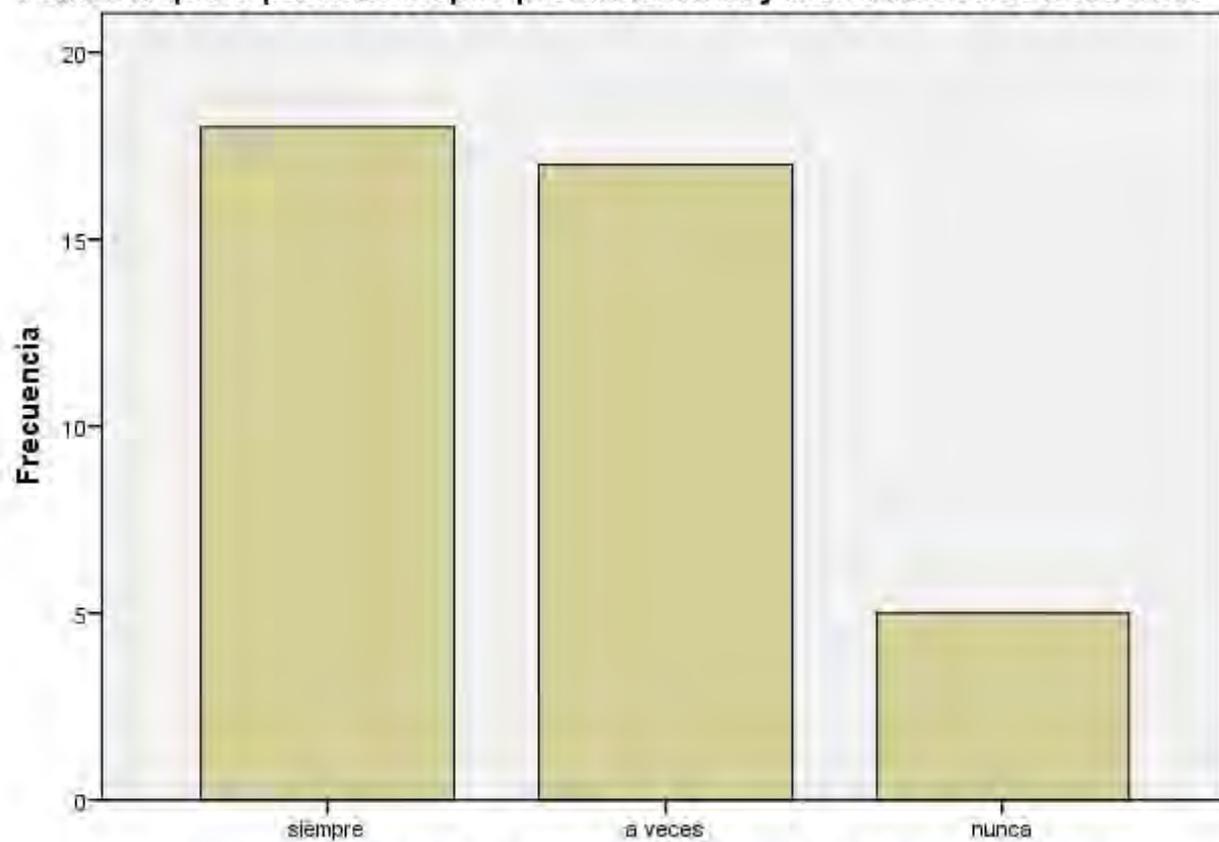
Vigila que no haya escape de aire en el sistema de drenaje, indicado por el burbugeo constante en el sello de agua

Observa se hay signos de respiración rápida y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo o síntomas de hemorragia



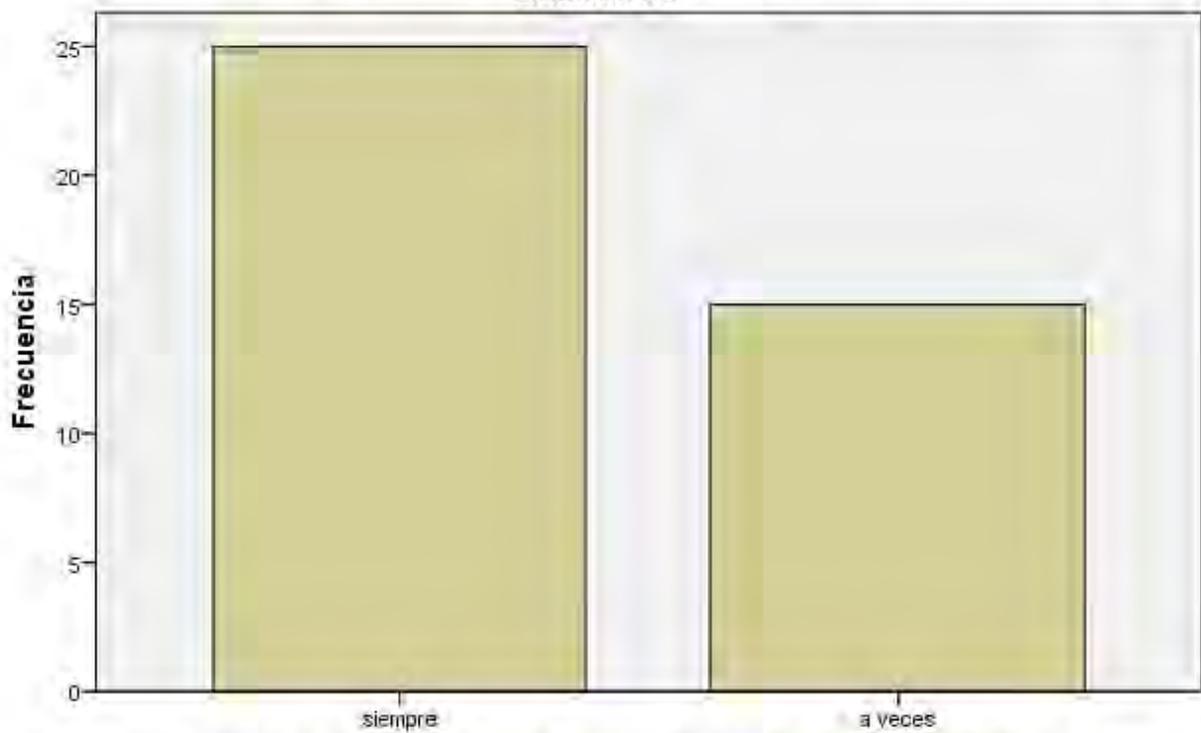
Observa se hay signos de respiración rápida y superficial, cianosis, presión torácica, enfisema subcutáneo o síntomas de hemorragia

Fomenta que el paciente respire profundamente y tosa a intervalos frecuentes



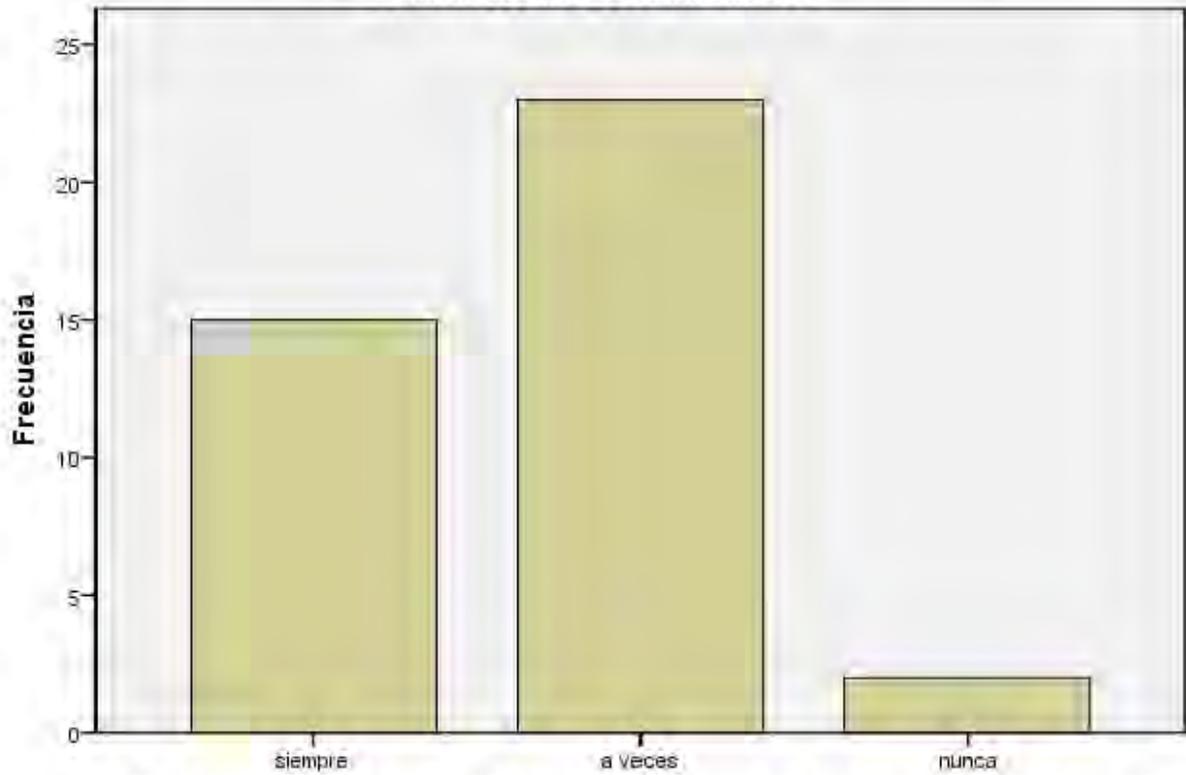
Fomenta que el paciente respire profundamente y tosa a intervalos frecuentes

Registra la cantidad, color, consistencia del líquido aspirado y las manifestaciones que presenta el paciente en la hoja de observaciones de Enfermería



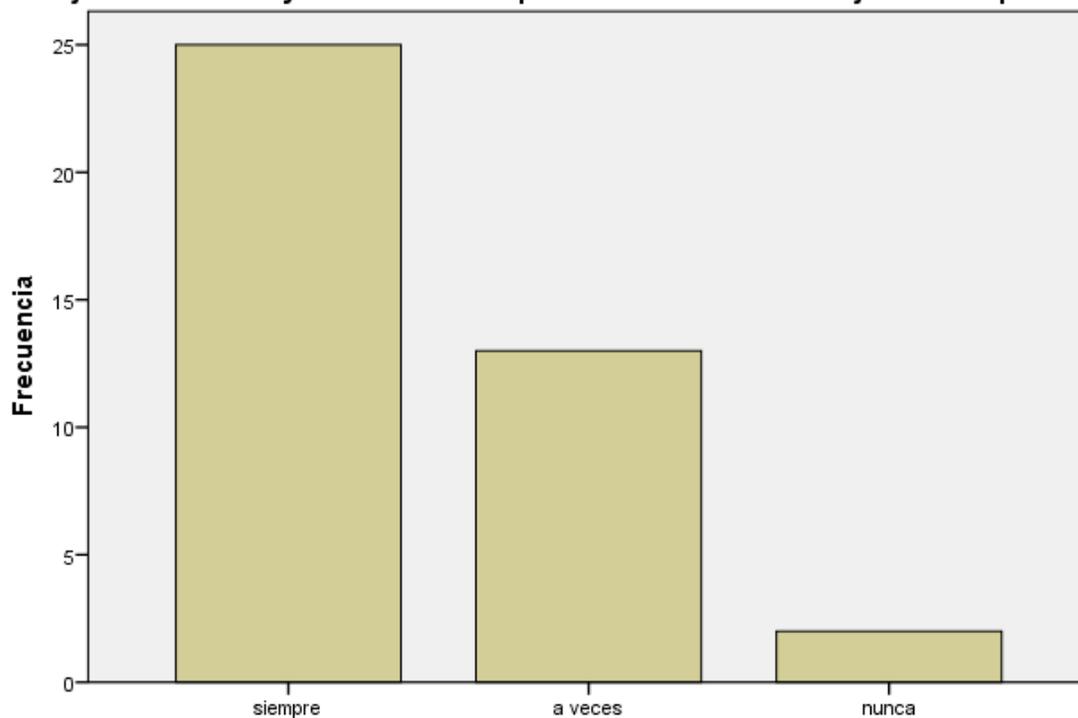
Registra la cantidad, color, consistencia del líquido aspirado y las manifestaciones que presenta el paciente en la hoja de observaciones de Enfermería

Retira los apósitos que cubren la sonda, teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realice esta maniobra



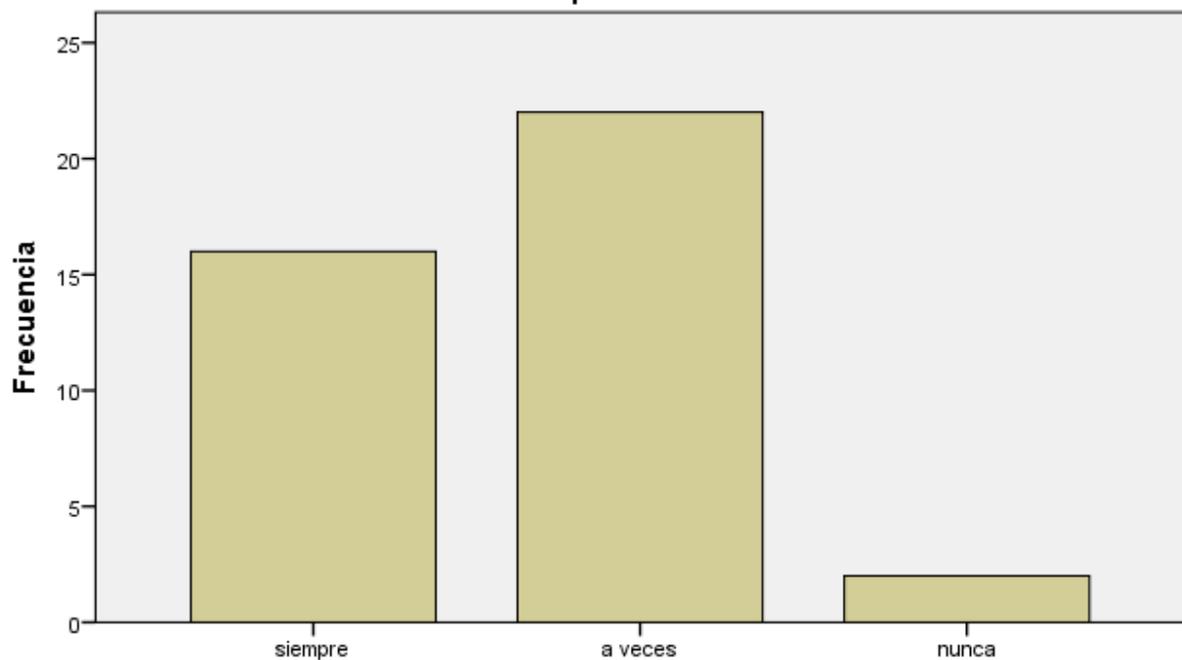
Retira los apósitos que cubren la sonda, teniendo cuidado de no desalojarlo cuando realice esta maniobra

El Médico se coloca los guantes estériles, realiza las técnicas de asépsia sujetando el tubo y corta la sutura que mantiene la sonda sujeta a la piel



El Médico se coloca los guantes estériles, realiza las técnicas de asépsia sujetando el tubo y corta la sutura que mantiene la sonda sujeta a la piel

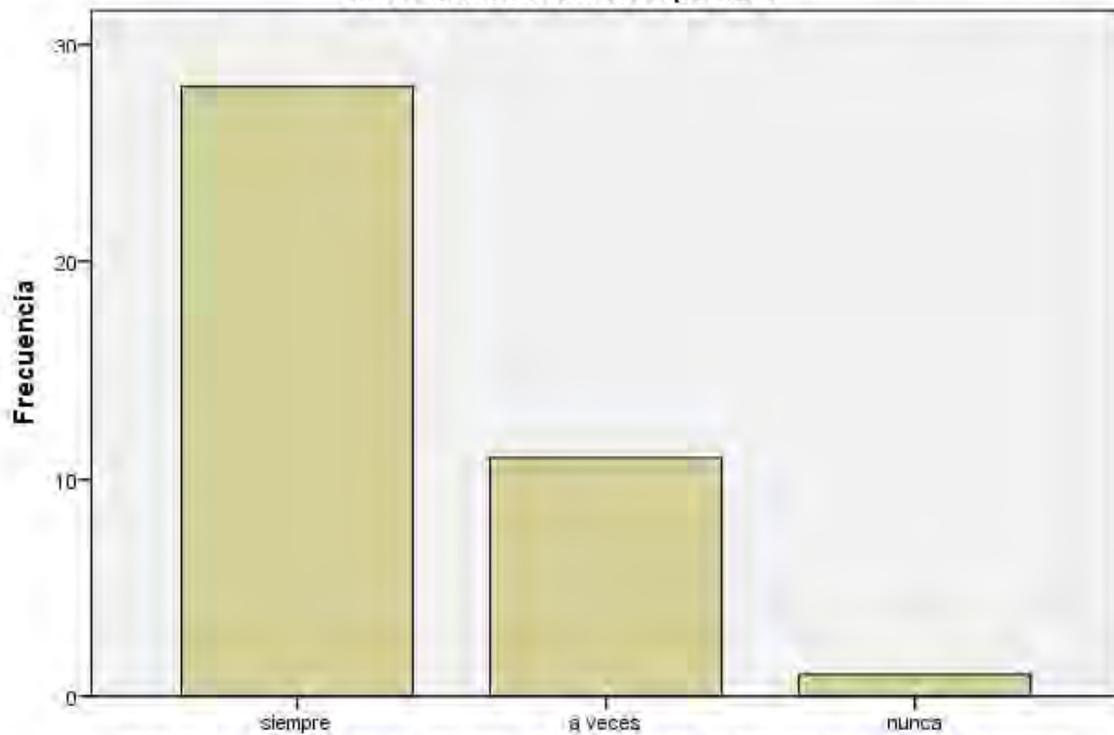
Se asegura que la sonda torácica este debidamente pienzada; indica al paciente que realice una inspiración profunda, contenga la respiración y emita un gruñido (maniobra de valsalva), esto provoca una ligera exhalación contra la glotis cerrada que increme



Se asegura que la sonda torácica este debidamente pienzada; 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 increme

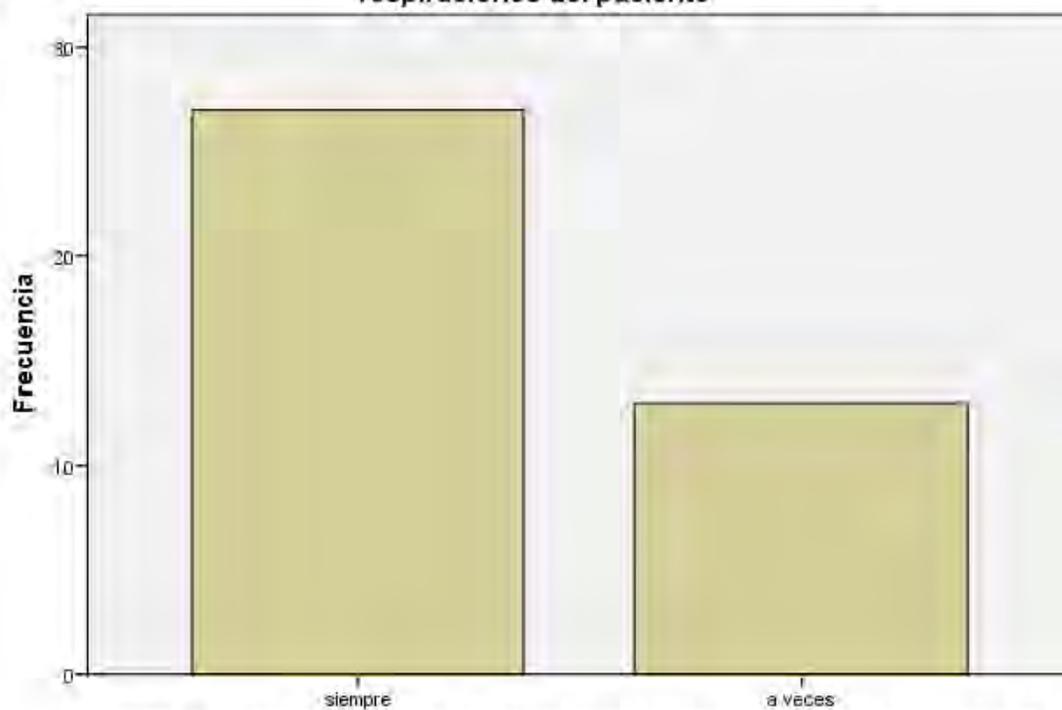


La Enfermera fija el apósito asegurandose de cubrir por completo la incisión, y cierre lo más hermético posible



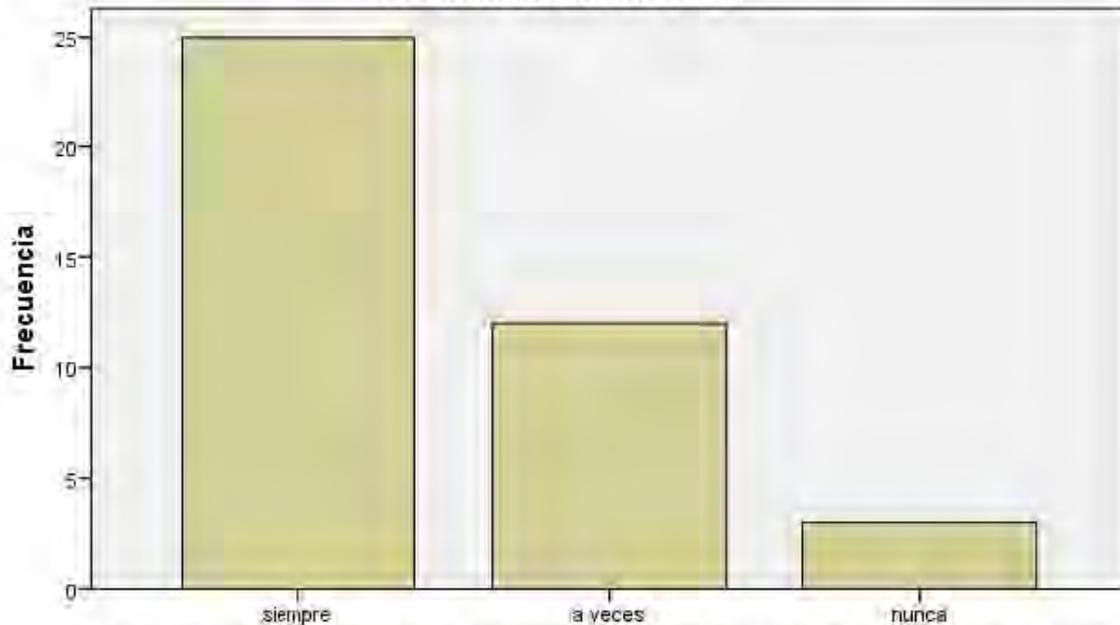
La Enfermera fija el apósito asegurandose de cubrir por completo la incisión, y cierre lo más hermético posible

Vigila las constantes vitales, valora particularmente la intensidad y calidad de las respiraciones del paciente



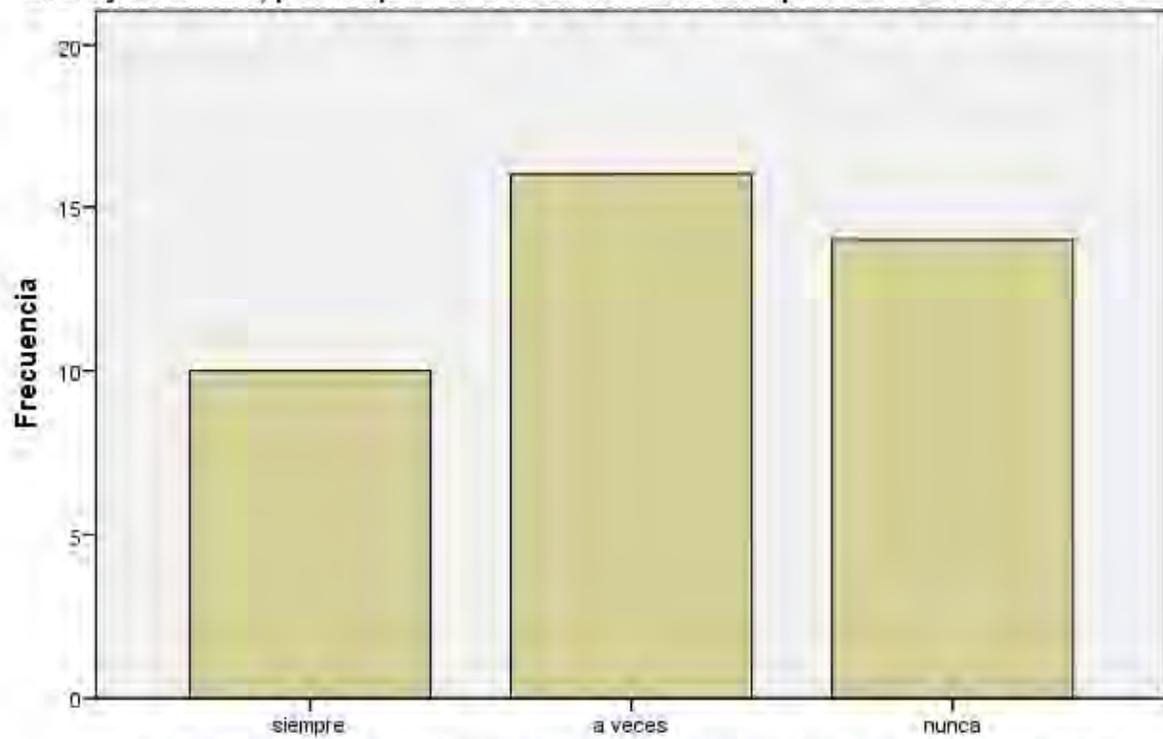
Vigila las constantes vitales, valora particularmente la intensidad y calidad de las respiraciones del paciente

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 enfesema



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 enfesema

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



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

GRAFICA DE EVALUACIÓN FINAL



■ Determinamos que el 92% de las enfermeras tienen un nivel alto de conocimientos en el manejo de pacientes con drenaje torácico en el Hospital General Xoco.

GLOSARIO

Atención: Acción de atender: prestar atención. Demostración de respeto o cortesía: colmar de atenciones. Se usa para advertir a alguien de que aplique especial cuidado en lo que va hacer o para advertirle de un peligro.

Catéter: Sonda que se introduce en un conducto natural.

Cuidado: Interés y atención que se pone en hacer algo. Acción de cuidar algo o alguien. Preocupación o temor. Se emplea en son de amenaza o para advertir de la proximidad de un peligro o la contingencia de caer en error. De cuidado cauteloso, peligroso, enfermo de gravedad.

Drenaje: Evacuación de secreciones de una herida, un absceso o una cavidad del organismo con una cánula.

Enfermería: Sala de algunos establecimientos donde se instala o se atiende a los enfermos, heridos y lesionados.

Enfermera (o): Persona que tiene por oficio asistir a los enfermos.

Empiema: Acumulación de pus en una cavidad natural.

Manejar: Usar, utilizar, emplear algo o servirse adecuadamente de ello, especialmente con las manos. Regir, dirigir. Tener dominio sobre alguien. Adquirir agilidad después de haber estado algún tiempo impedido.

Práctica: Realización de una actividad de forma continuada, siguiendo unas pautas o reglas determinadas. Destreza o habilidad que se adquiere con la repetición o continuidad de una actividad. Uso o costumbre, de manera que se tiene de hacer una cosa. Aplicación de los conocimientos adquiridos, especialmente la que hacen los estudiantes bajo la dirección del profesor en un ejercicio o una clase.

Técnicas: Conjunto de procedimientos y métodos de una ciencia, arte, oficio o actividad. Habilidad en la utilización de dichos procedimientos. Conjunto de medios y conocimientos para el perfeccionamiento de los sistemas de obtención o elaboración de productos. Conjunto de aplicaciones prácticas de las ciencias. Sistema para conseguir algo.

Toracocentesis: Punción de la cavidad torácica para introducir o evacuar algún líquido

Torácico: Relativo al tórax: cavidad torácica. Caja torácica, Armazón óseo constituido principalmente por las costillas, unidas por detrás a la columna vertebral y por delante al esternón. (Está dotada de una cierta flexibilidad, debido a la laxitud de las articulaciones, que permite los movimientos respiratorios). Conducto torácico. Colector linfático que aboca a la linfa a la vena subclavia izquierda.

Tórax: Cavidad del cuerpo de los vertebrados, limitada por las costillas, el esternón y el diafragma, que contiene los pulmones y el corazón.