

VIA CLÍNICA DEL NEUMOTORAX (ESPONTANEO PRIMARIO)

ESPONTÁNEO PRIMARIO

INTRODUCCIÓN

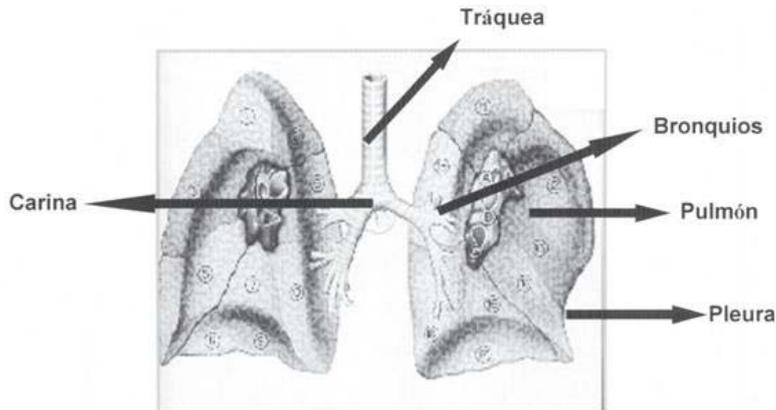
Se denominan vías clínicas, a los planes asistenciales que son aplicables a pacientes con una determinada patología del curso clínico predecible, en este caso del **NEUMOTORAX PRIMARIO**.

OBJETIVOS

- Incrementar la calidad asistencial
- Disminuir la estancia hospitalaria
- Aumentar la satisfacción del paciente
- Aumentar la satisfacción de los profesionales
- Planificar los procedimientos que presentan un curso clínico predecible
- Estimular la cooperación entre los distintos profesionales sanitarios.

DEFINICIÓN DE NEUMOTORAX

Es la manifestación clínica caracterizada por un acumulo de aire en la cavidad pleural. Puede acumularse a la vez aire y líquido en cuyo caso se denominaría neumohemotórax. En el siguiente esquema veremos los pulmones con sus respectivas divisiones.



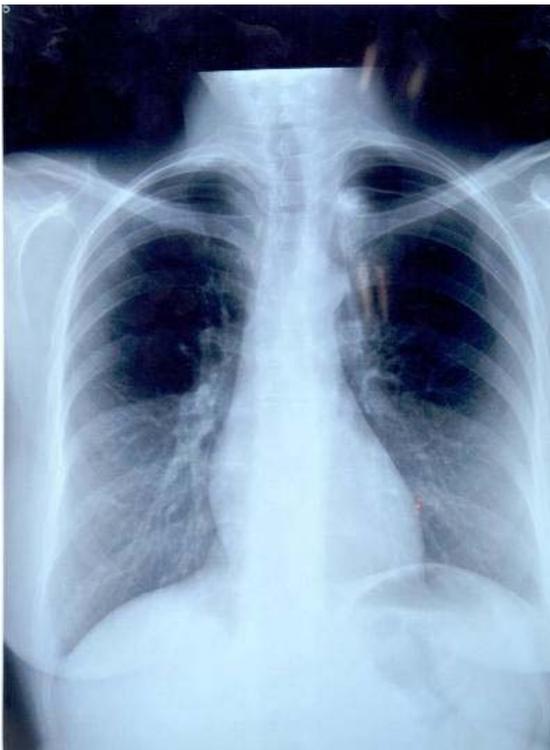
LA TRAQEUA

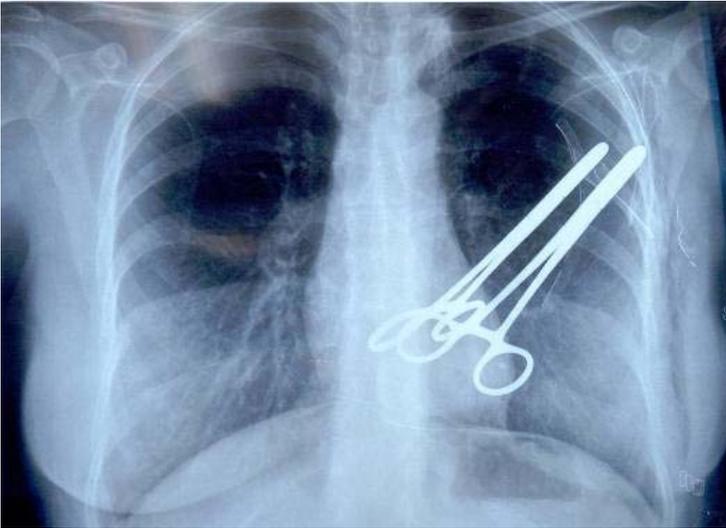
Es un tubo de 11 cm. de longitud que llega desde la laringe hasta los pulmones. Es susceptible de contraer infecciones e inflamaciones similares a cualquier otra parte del sistema respiratorio. La tráquea se divide en dos bronquios, uno para cada pulmón y en el punto medio se encuentra la Carina, ángulo de la bifurcación traqueal.

LOS PULMONES

Son órganos los órganos de la respiración. Se encuentran a ambos lados del tórax. De los dos pulmones, el derecho es ligeramente mayor y tiene tres lóbulos, mientras que el pulmón izquierdo tiene dos. Los pulmones son de color rosado en niños, mientras que en los adultos se vuelven azulados. Contienen incontables sacos aéreos denominados alvéolos. Son los encargados de suministrar el oxígeno que la sangre recoge y acarrea a todas las células del organismo.

Están recubiertos por dos membranas denominadas pleuras. La pleura visceral y la parietal. La pleura visceral no se puede visualizar nada más que cuando existe un neumotórax





SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO (NEUMO-VEC)

Contenido: Un recipiente de drenaje, una cámara.

- Conexión al paciente
- Conexión a la aspiración
- Soporte del suelo

Uso: Drenaje en neumotórax

- Protección entrada de aire al paciente por sello bajo agua
- Utilizado por profesionales cualificados y en medio Hospitalario.
- La conexión al paciente se realizará mediante un tubo de dos cm. de largo con un conector de 5-10mm.
- La capacidad de depósito de 200cc, escala en el depósito.

INSTRUCCIONES DE USO:

- Llenar la cámara de agua destilada con 300 cc. Con el nivel de llenado por el orificio superior.
- El extremo del tubo deberá quedar situado debajo del nivel entre 2-3cm, sin tocar el fondo del recipiente.
- Asegurar la conexión del tubo de aspiración al orificio central.
- Realizado lo anterior se puede proceder a colocar el tubo de recolección al paciente y tubo de aspiración a la fuente de vacío.





METODOLOGÍA

- Presentación del programa de calidad y de su Unidad (2002)
- Implantación de la Vía Clínica sobre neumotórax Espontáneo Primario (Dr. Manuel Casillas Pajuelo)
- Estancia media estimada: cinco días
- No presentando fugas aéreas en 72 horas, con el drenaje pinzado en 24 horas
- Realización de R.X. PA y Lateral de Tórax en 24 horas
- Retirada del drenaje, si procede (excluidos los pacientes que no cumplan los requisitos y los otros tipos de Neumotórax)

VÍA CLÍNICA NEUMOTORAX ESPONTÁNEO PRIMARIO . HOSPITAL LA PAZ					
SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA. DR. D. MANUEL CASILLAS PAJUELO				Estancia estimada: 5 días	
	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5
	URGENCIA – PLANTA	PLANTA	PLANTA	PLANTA	ALTA PLANTA
Evaluación y asistencia	Médico de Urgencia: Hª clínica y valoración: Petición de Rx de Tórax Hemograma y Pruebas de coagulación Llamada a Cirugía Torácica: Evaluación y Cumplimentación Hª Clínica Subida al Quirófano 3ª planta Hª de Enfermería y plan de cuidados	Evaluación Clínica y tratamiento Cumplimentación hoja de verificación y variaciones Cuidado de Enfermería	Evaluación Clínica y Tratamiento Cumplimentación hoja de verificación y variaciones Cuidado de Enfermería	Evaluación Clínica y tratamiento Cumplimentación hoja de verificación y variaciones Cuidado de Enfermería	Verificación de criterios de alta Informe de alta Cumplimentación hoja de verificación y variaciones Revisión al mes en Consulta externa Cuidado de Enfermería
Determinaciones o test	Rx. Tórax en inspiración/expiration y Lateral. Hemograma y pruebas de coagulación (T protrombina y cefalina)	Rx de tórax AP portátil sentado Recepción de placas en el turno de petición			Si drenaje clampado: Rx de tórax, PA en Radiología en espiración Si retirada drenaje: Rx de Tórax, PA en Radiología, en espiración.
Tratamientos y Cuidados de Enfermería	Anestesista local con Scandlcaín 1-2% Si procede Atropina 1 mg subcutánea Drenaje torácico con tubo Tipo Argyle nº 16-20 en Quirófano 3 Verificación de fugas del sistema de drenaje. Nunca pinzar sistema de drenaje A las 4-6 horas Aspiración (tubos de silicona) a 10 a 20 mm de H ₂ O o 30 mm de Hg Fc Ta T ³ /8horas, respetando descanso nocturno	Mantenimiento del drenaje torácico con aspiración Control de Fugas Aspiración negativa aplicada FcTaT ³ /8 horas respetando descanso nocturno	Mantenimiento drenaje torácico con aspiración Control de fugas Aspiración negativa aplicada FcTaT ³ /8 respetando descanso nocturno	Si procede clampaje drenaje FcTaT ³ /8 horas respetando descanso nocturno	
Medicación	Nolotil 1 comp./6 h. Si alergia o hipotenso Paracetamol 1 comp. / 8 h. Si no respuesta Cloruro mórfico 0,5 vial / 6 h. sc	Nolotil 1 comp. /6 h. Si alergia o hipotenso: paracetamol 1 comp. /6h Si permanece dolor considerar retirada parcial del drenaje	Si precisa Nolotil 1 comp. / 6 h. Si alergia o hipotenso Paracetamol 1 comp. / 6 h	Si precisa Nolotil 1 comp./6h Si alergia o hipotenso: Paracetamol 1 comp. / 6h	
Actividad	Normal en cama o sentado Aseo con Aspiración Movilización del MS del lado del hemitórax afecto	Normal en cama o sentado Aseo con Aspiración Movilización del MS del lado del hemitórax afecto	Normal en cama o sentado Aseo con Aspiración Movilización del MS del lado del hemitórax afecto	Deambulación	Deambulación
Dieta	Normal	Igual	Igual	Igual	
Información	Información Consentimiento informado Entrega de dibujos vías clínicas	Información	Información	Anticipación del alta. Entrega de la Encuesta de satisfacción	Recogida de encuesta de satisfacción
Criterios	No ingreso , si Neumotórax es lamina (<3 cm. en vértice o <1cm. en región axilar) Control Rx en consultas externas a las 48-72 h. Drenaje endotorácico en 2º espacio intercostal línea media clavicular o 3ª espacio intercostal línea medio axilar o en el sitio donde exista cámara. Fijación por puntos seda nº 2 Aspiración a las 4-8 horas de la instauración del drenaje con presión negativa – 10 a 20 cm. de agua o 30 mm de Hg. Neumotórax espontáneo primario: Enfermo joven sano, sin antecedentes de enfermedad pulmonar previa			Criterio de clampaje del drenaje: Si 3 días sin fugas. Retirada drenaje: Si drenaje con 24 horas clampado y Rx. Tórax con pulmón reexpandido. Criterio de alta: Enfermo estable (constantes vitales normales, dolor controlado) y pulmón reexpandido	

La vía clínica no reemplaza al juicio del médico, que ha de adaptar las recomendaciones al caso particular del paciente que atiende. Esta vía refiere la evolución más habitual de esta patología. Las dosis de los medicamentos son de tipo medio. El clínico ha de adaptar las recomendaciones al enfermo que atiende.

Nombre: Su diagnóstico principal es: Neumotorax espontáneo

DÍA	①	②	③	④	⑤
ATENCIÓN	Ingreso Urgencia/ Planta	Planta	Planta	Planta	ALTA Planta
CUIDADOS					
ACTIVIDAD					
MEDICACIÓN					
COMIDA					

Esta secuencia muestra la evolución más habitual de su patología. En cualquier caso, su atención será adaptada a su caso particular.

Deseamos que su estancia en el hospital sea lo más agradable posible.

Ante cualquier duda o contratiempo no dude en consultar a los profesionales ☺

Hospital "La Paz"

TRATAMIENTO

DIA 1 ----- Constantes por turno respetando sueño, descanso

- Nolotil, un comp. vo. Cada 6 horas
- Paracetamol, un comp. vo. Cada 6 horas
- Aspiración negativa entre 10-20mm. de agua
- Verificación de fugas aéreas

DIA 2 ----- Constantes por turno respetando descanso

- Nolotil, un comp. Cada 6 horas vo.
- Paracetamol, un comp. Cada 6 horas vo.
- Aspiración entre 10-20mm. de agua
- Verificación de fugas aéreas
- RX de tórax PA y Lateral (Portátil)

DIA 3 ----- Constantes por turno respetando descanso

- Nolotil cada 6 horas vo.
- Paracetamol cada 6 horas vo.
- Aspiración entre 10-20 mm. de agua
- Verificar o vigilar fugas

DIA 4 ----- Constantes por turno respetando sueño

- Camplaje del drenaje torácico
- RX de tórax PA y lateral de control

DIA 5 ----- Retirada del Drenaje

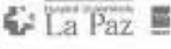
- RX, PA y lateral de tórax
- Informe de Alta.

CUIDADOS A LOS PACIENTES CON DRENAJE TORÁCICO

- Vigilar y comprobar la permeabilidad del drenaje torácico.
- Evitar acodamientos de todo el circuito.
- Revisar punto de sujeción y comprobar todas las conexiones del drenaje.
- Vigilar sello de Agua y reponer si fuera preciso, cuantificar el débito de aspirado si hubiere.
- Vigilar la presión negativa, prescrita por el facultativo.
- Vigilar aspecto del líquido drenado en hemotorax (Hemático, Seroso, Purulento, Lechoso, etc...)
- NO PINZAR el drenaje torácico.
- Control estricto del dolor.
- Poner analgesia indicada pautada aunque en ese momento el paciente no manifieste dolor.
- Enseñarles a hacer Fisioterapia Respiratoria (INSPIRON).
- Movilización del Hemitórax afectado.
- Cambiar acosito del peri tubo c/ 24 horas.

RECOMENDACIONES AL ALTA

- Se mantendrá la herida limpia y seca.
- Realizará ejercicios respiratorios utilizando el INSPIRON.
- No levantará objetos pesados durante al menos 30 días.
- Beber abundantes líquidos.
- Puede reanudar sus actividades cotidianas paulatinamente.
- No restrinja los calmantes. Tome la medicación prescrita por el médico.
- Si se va a su domicilio con puntos, agrafes o grapas, se retirarán en su Centro de Salud correspondiente a los 6-7 días.
- Aliméntese adecuadamente. Evite sobrepeso.
- Movilizar ambos Miembros Superiores, sobre todo el afectado por la incisión quirúrgica.
- Siempre que pueda le interesa hacer ejercicio físico suave, pasear, caminar.
- Debe sujetarse la herida para toser y no se apoye sobre la misma.
- Puede viajar en avión, tren, etc...
- No es recomendable conducir antes de 1 mes.

 HOSPITAL Al* Historia Clínica: 116		
Nombre: <u>WASHIE</u> 1º Apellido: <u>BOELLIS</u> 2º Apellido: <u>A</u> Fecha de nacimiento: <u>1-1-2000</u>		
Servicio: <u>X</u> Planta: <u>/</u> Habitación: <u>X</u> Cama: <u>X</u>		
RECOMENDACIONES ENFERMERÍA AL ALTA		
CENTRO DE SALUD: <u>CORAZÓN</u> MÉDICO DE CABECERA: <u>COLO</u>		
MOTIVO DE INGRESO: _____ FECHA DE ALTA: _____		
N.º DE HOSPITALIZACIONES PREVIAS (últimos 8 meses): _____		
ESTILOS DE VIDA		
Alergias: _____ Documentadas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Prótesis: _____ Alcohol: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tabaco: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Adicción a las drogas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
VALORACIÓN DE NECESIDADES AL ALTA		
NUTRICIÓN/METABOLISMO Atención de la piel: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alimentación adecuada: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> S. Malogor. Fecha: ____ R.º ____ Drenajes: _____	ACTIVIDAD/EJERCICIO Higiene: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Camina solo: _____ Camina con ayuda: _____ Se sienta solo: _____ Se viste solo: _____ Se alimenta solo: _____ Distingue mínimo estímulos: _____	RELACION/COMUNICACIÓN Conoce su enfermedad: _____ Visión adecuada: _____ Audición adecuada: _____ Se relaciona: _____ Vive solo: _____ Cuidador principal: _____ Estado de ánimo: _____ DESCANSO/SUEÑO Alterado: _____ Precisa higiene: _____
ELIMINACIÓN Incontinencia vesical: _____ S. Vesical. Fecha: ____ R.º ____ Incontinencia fecal: _____ Estreñimiento: _____	AMBIENTE Anticigarras: _____ Cuidado domiciliario litas/hora: _____	
RESUMEN DE PROBLEMAS Y EVOLUCIÓN <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">DOLOR RELACIONADO CON SU PATOLOGÍA - RESUELTO</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">TEMOR R/C DRENAJE — RESUELTO</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">DISNEA R/C NEUROTOMÍA — RESUELTO</p>		
RECOMENDACIONES DE CUIDADOS EDUCACIÓN SANITARIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
A VALORAR POR SU ENFERMERA DE REFERENCIA		
OBSERVACIONES: _____		15.00
INFORME REALIZADO POR: _____		FECHA: ____/____/____ FIRMA: _____

INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA

Cole 14/10/08

INSPIRON:

Es un dispositivo que se utiliza para hacer ejercicios respiratorios, mediante inspiraciones profundas. El paciente estará en posición vertical, y el dispositivo (Inspiran) se encontrará a la altura de la cara. Antes y después de ser utilizado se debe lavar la boquilla con agua templada y dejarla secar hasta volver a utilizarla.

MODO DE EMPLEO

- Antes de iniciar el ejercicio, exhalar normalmente y sólo entonces colocar la boquilla del tubo en la boca, ejerciendo una presión con los labios.
- Con el fin de obtener un caudal de inspiración bajo, inhalar hasta conseguir la elevación de la primera bola, mantener esta posición durante el mayor tiempo posible. La segunda y la tercera bola deberán permanecer en su posición inicial.
- Para obtener un caudal de inspiración más importante, inhalar hasta la elevación completa de la primera y segunda bola en sus respectivas cámaras. La tercera bola deberá permanecer en su posición inicial. Para conseguir un caudal de inspiración máximo, inhalar profundamente hasta la completa elevación de las 3 bolas.
- Soltar la boquilla y exhalar. Descanso respirando normalmente.
- Repetir los ejercicios según le han indicado.



CONCLUSIONES

- La metodología de las vías clínicas ha sido una herramienta útil para mejorar las relaciones entre el profesional médico y enfermería, facilitando el trabajo en equipo.
- Ha existido una alta participación de los profesionales de los hospitales en la elaboración de las vías clínicas.
- La Unidad de Calidad debe ser el motor y nexo entre los distintos profesionales y servicios implicados en las vías Clínicas.
- Es necesario elaborar guías de práctica clínica para garantizar la calidad de los cuidados.
- Medicina y Salud Morris Feishbein. M. D. Enciclopedia Familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Ureña V. Diseño Programa de Calidad en Hospitales 1999, 155, 213, 216.
- García J. Las Vías Clínicas, un método para la mejora de la Calidad en el Hospital Curso UIMP Alicante 1998.
- Eduard Portella, Director de Autores Consulting.
- Rafael Matesanz Director General de Atención Primaria del Insalud Año 2.000.
- Antares Consulting y Diario Médico.
- Diario Enfermero, Consejo General de Enfermería. Año X, Nueva Época N° 92. Enero 2.006.
- TRI-BALL-REF-259-12000-LEVENTON S.A.
- VECMEDICAL S.C.C.L.

Fecha Publicación: 18/05/2006