

## RT-16

COLABORACIÓN Y CUIDADOS EN LA  
TORACENTESIS

Fecha de revisión: 18 Dic 2010

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid, Clara Inés.	Enfermera Unidad Investigación e innovación de cuidados
Giraldez Rodriguez, Ana.	Jefa de Bloque Hospitalización
Membrillo Fuentes, Matilde.	Supervisora Neumología
Parra Perea, Julia.	Supervisora Cirugía de Tórax
Romero Bravo, Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias, Unidad Investigación e Innovación de Cuidados

## 1. OBJETIVOS:

- Colaborar con el médico en la extracción de líquido de la cavidad pleural, mediante una punción a través de la pared torácica del paciente, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
- Prevenir complicaciones derivadas de la punción pleural.

## 2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- La toracocentesis o punción pleural es una prueba que se realiza con la finalidad de extraer líquido o aire de la cavidad pleural, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.
- Es una técnica con una alta rentabilidad diagnóstica, ya que aporta información útil en el 90% de los pacientes. Cuando se utiliza con fines terapéuticos tiene por objetivo disminuir la dificultad respiratoria que le ocasiona al paciente el derrame pleural.
- Las principales indicaciones diagnosticas son: derrames de causa desconocida ó de evolución tórpida, insuficiencia cardiaca con derrame unilateral acompañado de dolor torácico y fiebre, neumonía con derrame no resuelto y tratamiento médico, cirrosis hepática con derrame sospechoso de infección.
- Las indicaciones terapéuticas son: los derrames masivos con dificultad respiratoria, la insuficiencia cardiaca, renal ó hepática, toracocentesis seriadas en derrames de etiología maligna y como tratamiento paliativo para aliviar la sintomatología del paciente.

## 2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- El mayor riesgo en la toracocentesis es el neumotórax, también puede haber hemorragias aunque no suelen ser importantes.
- Las contraindicaciones relativas para la realización de la toracocentesis son las diátesis hemorrágicas, el tratamiento con anticoagulantes, infecciones locales cutáneas, incapacidad del paciente para colaborar y derrames de pequeña cuantía.
- La eficacia y seguridad clínica de la toracocentesis es tan efectiva como el drenaje con tubo intercostal para el neumotórax espontáneo primario. La toracocentesis se asocia con menor probabilidad de hospitalización. (Nivel I)
- La guía para la gestión del neumotórax espontáneo de la Sociedad Británica de Tórax, recomienda la toracocentesis como tratamiento, de primera línea, para todos los pacientes, con neumotórax primarios, que requieren intervención. (Grado B)
- La guía de la Sociedad Británica de Tórax, recomienda que la aspiración pleural no debe extraerse más de 1,5 litros en una sola ocasión. (Grado B)
- En el tratamiento paliativo de la disnea en pacientes con una expectativa de vida muy corta, se recomienda la aspiración pleural repetida (Nivel IV)
- La aspiración pleural guiada por Ultrasonido puede ser utilizada como un método seguro y exacto de la obtención de líquido si el derrame es pequeño. (Grado B)
- La muestra de líquido pleural para diagnóstico debería extraerse con agujas de diámetro reducido (21G) y una jeringa de 50 ml. (Grado B)
- No es imprescindible hacer una radiografía de tórax tras la toracocentesis salvo si se sospecha que se ha producido un neumotórax. (Grado C).
- A pesar de su importancia clínica prevalencia y carga de trabajo en la asistencia sanitaria respiratoria, existe un consenso limitado sobre su manejo.

## 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Alargadera con llave de tres vías.
- Jeringas. 5 cc, 10 cc, 50 cc.
- Medicación prescrita.
- Anestésico local.
- Antiséptico. povidona yodada o( clorexidina al 2%.
- Apósitos.
- Catéteres. G 18-20.
- Frasco estéril (de vacío).
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Sistema de sueroterapia.
- Tubos de analítica y hemocultivo.

### 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO (continuación)

- Contenedor para objetos punzantes.
- Paños estériles.
- Pinza hemostática pequeña.
- Equipo de venoclisis.
- Batea.

### 4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:

1. Compruebe que el paciente ha recibido información médica del procedimiento a realizar. El consentimiento informado es necesario para la toracocentesis o punción pleural tanto terapéutica como diagnóstica. (Nivel IV)
2. Informe al paciente y familia del procedimiento. (Grado B)
3. Compruebe y pergunte sobre alergias a anestésicos.
4. Prepare el material (Preparar los tubos estériles para la recogida de muestras si fuera necesario) y trasladarlo junto al paciente.
5. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
6. Garantice su privacidad.
7. Administre medicación si está prescrita. (analgesia, sedación)
8. Valore los signos vitales.
9. Proporcione comodidad al paciente con apoyo adecuado, si se puede colocarlo erguido y en una de las siguientes posiciones, de acuerdo a la indicación médica:
  - Sentado en el borde de la cama, con los pies apoyados en una silla y los brazos y la cabeza recostado sobre una mesa auxiliar con almohada.
  - Sentado a horcajadas en una silla, con los brazos y cabeza apoyados sobre el respaldo de la misma.
  - Acostado sobre el lado sano, con la cabecera de la cama elevada de 30-45 ° si no puede estar sentado.
10. Apoye al paciente y tranquilícelo durante la intervención.
11. Explíquelo que durante el proceso evite toser, estornudar, moverse o respirar profundamente, para no puncionar la pleura visceral o el pulmón.
12. Prepare el campo estéril con el material necesario.
13. Descubra el tórax del paciente, retire la camisa del pijama o el camisón.
14. El procedimiento se realiza bajo condiciones de asepsia.
15. Desinfecte la zona de punción con povidona yodada o clorexidina al 2%, con movimientos circulares de dentro hacia fuera de unos 40 cm de diámetro y dejar secar durante unos 3 minutos. (Nivel I)
16. Proporcione al médico el material que necesite para el desarrollo del procedimiento:

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

- Si es toracocentesis diagnóstica, prepare los tubos necesarios para las muestras del líquido pleural.
  - En la toracocentesis evacuadora conecte el equipo de venoclisis para que drene al frasco colector y fije la aguja a la pared torácica con una pinza de hemostasia pequeña.
17. Observe en el paciente signos de disnea, ansiedad, taquipnea, taquicardia, hipotensión que indicarían alguna complicación de la toracocentesis, comuníquelos oportunamente.
  18. Después de la retirada de la aguja aplique presión sobre el sitio de punción y coloque el apósito sobre la zona de punción.
  19. Deseche las agujas en contenedor de elementos cortantes.
  20. Deje al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
  21. Recoja el material sobrante y deseche las agujas en el contenedor para objetos punzantes.
  22. Realice lavado de manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
  23. Coloque las etiquetas en tubos y envíelas al laboratorio, en caso de retraso en el envío, conservarlas a temperatura de 2°C-5°C.
  24. Tramite la petición de placa de tórax si procede.
  25. Enséñele los cuidados post punción.
  26. Registre: La cantidad total, color y carácter del líquido extraído.
  27. Cuidados Post toracocentesis:
    - Continúe la vigilancia de signos vitales, diuresis, signos y síntomas de hipovolemia, cambios en el estado mental, encefalopatía o signos de infección. (Nivel IV)
    - Realice balance hídrico. (Nivel IV)
    - Acueste al paciente sobre el lado opuesto durante dos horas. (Nivel IV)
    - Vigile si hay alguna fuga de líquido por el sitio de drenaje. (Nivel IV)
    - Controle el manchado del apósito periódicamente, valorando la cantidad y color del líquido drenado. Cambie el apósito cuantas veces sea necesario.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA:

- Best practices. *Evidence-based nursing procedures* Lippincott Williams & Wilkins. Segunda edición 2007
- Brunner y Suddarth. *Enfermería Médicoquirúrgica*. IX edición 2002. Pg452-453.
- Davies RJ, Gleeson FV. *Introduction to the methods used in the generation of the British Thoracic Society guidelines for the management of pleural diseases*. Thorax. 2003 May; 58 Suppl 2:111-7.

## 5. BIBLIOGRAFIA: (continuación)

- Porcel JM, Light RW. Thoracentesis. PIER, American College of Physicians, 2004. Disponible en:  
<http://pier.acponline.org>
- Porcel JM, Rodríguez-Panadero F. *¿Cuándo y cómo drenar un derrame pleural?* Med Clin (Barc). 2002; 118:265-7.
- Rasika Jayasekara. [Pleural Aspiration/Biopsy](#) JBI Database of Recommended Practice. 2009
- Rasika Jayasekara. [Pleural Aspiration/ Thoracentesis: Clinical Information](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Porcel JM. *Tratamiento paliativo del derrame pleural maligno*. MedPal (Madrid). 2003; 10:142-8.
- Porcel JM, Vives M. *Etiology and pleural fluid characteristics of large and massive effusions*. Chest. 2003; 124:978-83.
- Syah Afrainin Nu. [Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Wakai A, O'Sullivan RG, McCabe G. Simple aspiration versus intercostals tube drainage for primary spontaneous pneumothorax in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2007(1)