

TORACOCENTESIS

Cuando la presencia de líquido en cavidad pleural (hidrotórax) es suficiente como para causar trastornos en la respiración del paciente, el médico realiza una toracocentesis (aspiración de líquido ó aire de la cavidad pleural).

La toracocentesis, puede ser un procedimiento diagnóstico ó terapéutico, ya sea para la extracción de líquido y aire de la cavidad pleural ó para aspiración diagnóstica de dicho líquido.

El personal de enfermería es el responsable de reunir el siguiente equipo: Una jeringa pequeña con aguja No.25 ó 26 para anestesia local en el sitio de la punción; Una aguja roma No.15 de 5 a 8 centímetros de largo para la punción, guantes de hule para el médico, un campo hendidado, solución anestésica (generalmente se utiliza el hidrocloreuro de procaína al 1%, una jeringa de 50 centímetros para la aspiración, una llave de tres vías, además de las soluciones antisépticas, para la asepsia quirúrgica, ya que la cavidad pleural es normalmente estéril.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DURANTE LA TORACOCENTESIS

1. El personal de enfermería, debe asegurarse anticipadamente si se han ordenado y completado las radiografías de torax, ya que éstas son útiles para localizar el líquido y aire en la cavidad pleural y facilitar el sitio de la punción. Deberá investigarse también si el paciente es alérgico al anestésico local que se va a emplear, suminístrese sedantes si están ordenados.

2. Se informará al enfermo acerca del procedimiento, indicandosele como puede ayudar, explíquesele lo siguiente:

Indole del procedimiento, importancia de permanecer inmóvil, sensación de presión que va a experimentar, no sufrirá molestias después del procedimiento.

3. Proporcionar comodidad al sujeto, con sostén adecuado, si es posible colóquese erguido y sientesele en el borde de la cama con los pies apoyados y los brazos y la

cabeza apoyados en el respaldo de la silla ó coloquese sobre su lado no afectado, si no puede asumir la posición sentada. (la posición recta facilita la extracción de líquido que por lo general se localiza en la base del tórax.

4. Sostengase y tranquilícese al sujeto durante el procedimiento y adviértase al enfermo de la sensación de frío por la solución antiséptica y la sensación de presión por la infiltración del agente anestésico local.
Pídale al paciente que no tosa (los movimientos bruscos e inesperados del sujeto pueden ocasionar traumatismos a la pleura visceral lesionando al pulmón.

5. Descúbrase completamente el tórax.

Si hay líquido en la cavidad pleural, la toracocentesis por lo general se efectúa en el espacio intercostal séptimo u octavo sobre la línea axilar posterior.

Si hay aire en la cavidad pleural el sitio de la toracocentesis por lo general está en el espacio intercostal

segundo ó tercero sobre la línea medioclavicular (la densidad del aire es mucho menor que la densidad del líquido).

6. El procedimiento se efectúa en condiciones asépticas. Después de desinfectar la piel, el médico inyecta el anestésico local lentamente con una aguja pequeña en el espacio intercostal.

(La inyección subcutánea rápida causa dolor, la pleural parietal es muy sensible y deberá infiltrarse completamente con el anestésico antes de insertar la aguja de toracocentesis).

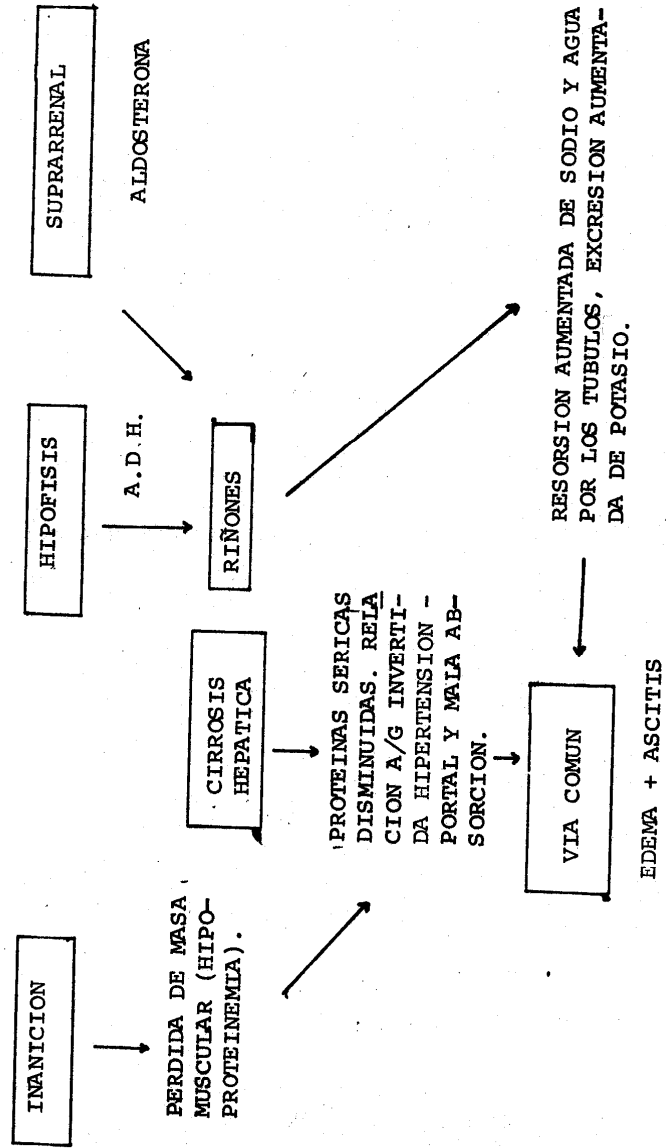
7. El médico empuja la aguja de toracocentesis lentamente y conserva aspiración constante en la jeringa, de manera que sea evidente de inmediato el momento en que indudablemente ha llegado al acumulo del líquido. Se conecta una jeringa de 50 ml. con una llave de tres vías a la aguja (un extremo del adaptador se conecta a la aguja y el otro a los tubos que llegan al recipiente del líquido aspirado). Cuando se extrae una cantidad grande de líquido el adaptador de tres vías sirve para impedir que entre aire en la cavidad pleural.
-

Si puede extraerse una cantidad considerable de líquido la aguja se sujeta en su lugar sobre la pared torácica con pinzas hemostáticas pequeñas. Las pinzas hemostáticas fijan la aguja sobre la pared torácica. El dolor pleurítico torácico ó el dolor del hombro subbitos pueden indicar irritación de la pleura diafragmática ó visceral por la punta de la aguja.

8. Después de extraer la aguja se aplica presión sobre el sitio de punción y se coloca un apósito estéril pequeño. Colóquese al paciente sobre su lado no afectado, durante una hora aproximadamente, ello permite que el sitio de punción pleural se selle por si mismo y por lo tanto impida la salida del líquido por la tos ó fuerzas gravitacionales.
9. Anótese el total de la cantidad extraída de líquido, así como su índole, color y viscosidad. Si está ordenado, preparense muestras de líquido para valoración de laboratorio.

(El líquido puede ser claro, seroso, sanguinolento, purpúleno, etc.). A intervalos observese al paciente en busca de signos de desvanecimiento, vértigo ó presión torácica, tos incontrolable, moco espumoso hemoptoico y pulso rápido.

La toracentesis puede originar neumotórax, enfisema subcutáneo ó infección piógena. Cuando se aspiran grandes cantidades de líquido puede aparecer edema pulmonar ó trastorno cardiaco por la desviación brusca del contenido mediastínico.



REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LOS FACTORES QUE CAUSAN TRASTORNOS DE AGUA Y ELECTROLITOS EN LA CIRROSIS HEPATICA Y CONDUCCION POR UNA VIA COMUN A LA FORMACION DE EDEMA PERIFERICO Y ASCITIS.