

**Acogida al nuevo trabajador del
Servicio de Neumología
y Cirugía Torácica
del Hospital Infanta Cristina**

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	3
UBICACIÓN FÍSICA DEL SERVICIO.....	4
DESCRIPCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	5
<i>Distribución de la plantilla por turnos.</i>	5
FUNCIONES Y TAREAS.	6
<i>Actividades generales.</i>	10
<i>Glosario de actividades.</i>	12
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES.	14
<i>Visita médica.</i>	14
NORMAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.	15
TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE.	15
MANUALES DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO, UNIDAD o CENTRO.	17
DIRECTORIO DE TELÉFONOS.	18
INFORMACIÓN DE INTERÉS GENERAL.	19
ANEXO. PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS DEL SERVICIO.....	20

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería son los responsables directos de los cuidados prestados a los pacientes, aunque no debemos olvidar que tenemos una labor importante en la investigación, la formación y la docencia, ya que existe un cambio constante en los cuidados enfermeros como consecuencia del avance del conocimiento y de las experiencias de nuestra práctica clínica.

El objetivo de esta guía es identificar los aspectos teóricos que suponen mayor dificultad al personal nuevo, conocer la organización del trabajo de la unidad y el material existente en la unidad.

Nuestra misión, visión y valores son las siguientes:

Misión

- Garantizar atención integral, con la máxima profesionalidad, respeto y eficacia.

Visión

- Servicio y atención integral a las necesidades de los pacientes basados en la igualdad y en la excelencia asistencial, tecnológica y de servicios.
- Promover la innovación, la investigación y la docencia.
- Mejora constante de la calidad en equipamiento tecnológico, humano y asistencial en nuestra unidad.
- Contar con los mejores profesionales, cercanos al ciudadano y que contribuyan al uso racional de la medicina y de los recursos disponibles.

Valores

- Confianza, respeto, iniciativa, participación e integración de todos los profesionales de la unidad.
- Máxima confidencialidad, respeto y eficiencia en la relación paciente-médico-enfermero.
- Compromiso de educar y ayudar a los ciudadanos en todos los temas relacionados con la salud.

UBICACIÓN FÍSICA DEL SERVICIO.

La Unidad de Hospitalización del Servicio de Neumología y C. Torácica del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, se encuentra situada en la 5ª planta, ala Oeste o Derecha.

Consta de una zona anterior a la planta de hospitalización formada por:

- Un despacho de neumología y otro despacho de cirugía torácica que además es la secretaría de ambas especialidades, donde se llevan a cabo las sesiones clínicas y la información a los familiares.
- Una sala de técnicas especiales.

La planta de hospitalización consta de 14 habitaciones, estando distribuidas, según se accede a la Unidad, de la siguiente forma:

PARTE DERECHA

- 9 Habitaciones de dos camas cada una con cuarto de aseo que consta de lavabo, bidé e inodoro (520 a 528) y ducha solamente en las habitaciones 525, 527 y 528.
- Almacén de lencería.
- Un baño para minusválidos.
- Dos platos de ducha

PARTE CENTRAL AL FINAL DEL PASILLO

- Acceso escalera de incendios

PARTE IZQUIERDA

- 5 habitaciones de dos camas cada una y cuarto de aseo con lavabo, bidé e inodoro (515 a 519)
- Control de Enfermería.
- Cuarto de aseo del personal.
- Cuarto para aparataje.
- Sala de estar de Enfermería.
- Farmacia.
- Sala de sucio con vertedero.
- Almacén de sueros
- Almacén de material fungible y aparataje.
- Sala de estar- comedor de enfermos.
- Despacho de supervisora.

DESCRIPCIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

La Plantilla de Personal de Enfermería que presta sus servicios actualmente en el Servicio de Neumología y Cirugía Torácica está integrada por:

- 1 Supervisora
- 11 Enfermeros
- 9 Auxiliares de Enfermería
- 1 celador en turno de mañana

Distribución de la plantilla por turnos.

Turno de mañana

- 1 Supervisora
- 3 Enfermeros/as
- 2 Auxiliares de Enfermería
- 1 Enfermeros/as para fibroscopia
- 1 Auxiliar de enfermería para fibroscopia

Turno de tarde

- 2 Enfermeros/as
- 2 Auxiliares de Enfermería

Turno de noche

- 2 Enfermeros/as
- 1 Auxiliar de Enfermería

FUNCIONES Y TAREAS.

Actividades de la supervisora.

- Recepción de relevo oral y escrito.
- Toma de contacto con los pacientes.
- Comprobación del listado del S. de gestión de camas.
- Planificación de recursos humanos y materiales.
- Control de libro de estupefacientes
- Realización de pedidos de Farmacia, Almacén y Esterilización.
- Control de averías en aparatajes y mobiliario.
- Control de realización de altas de enfermería
- Llamadas de pacientes post-alta.
- Colaboración en las extracciones de analíticas.
- Colaboración en la visita médica.
- Colaboración en la revisión de tratamientos.
- Control de las exploraciones y otras pruebas programadas diarias.
- Cursar todas aquellas peticiones y volantes que surjan en la visita médica.
- Colaboración en la colocación y retirada de Tubos endotorácicos.
- Colaboración con el S de gestión de camas en la organización de ingresos, altas y traslados en planta y fuera de ella.
- Supervisar la recepción de los carros de lencería.
- Elaborar, difundir y evaluar el cumplimiento de protocolos, normas técnicas y administrativas.
- Formular el plan de trabajo para el año.
- Evaluar la implementación de nuevos equipos, procedimientos y normas junto con el equipo directivo.
- Realizar reuniones formativas e informativas.
- Participar en el entrenamiento y orientación del personal.
- Velar por el trato amable y respetuoso hacia el paciente, familiares, miembros del equipo.
- Orientar al personal nuevo que ingresa.

A lo largo del turno y fuera de él se realizan también tareas inherentes al cargo de supervisor/a (planillas, reuniones, atención de distintos delegados, etc.) así como cualquier otra tarea que surja sin estar programada.

Actividades específicas de sala de técnicas (broncoscopias).

Realizadas por una enfermera en turno de mañana. Colabora en las siguientes técnicas:

- Legrado o cepillado bronquial.
- Biopsia bronquial.
- Biopsias transbronquiales.
- Lavado broncoalveolar.
- Punción transbronquial.
- Intubaciones con fibroscopio en quirófano.
- Broncoscopias en UCI. y REA.
- Toracocentesis.

- Biopsia pleural.
- Colocación de drenajes endotorácicos.
- Petición de historias de pacientes.
- Colocación de vía venosas periféricas.
- Comprobar consentimientos informados.
- Petición de material.

En caso de no haber exploraciones especiales, esta enfermera colabora en las tareas de la planta.

Actividades de enfermeros/as en turno de mañana.

- Relevo oral y escrito.
- Valorar a los pacientes al ingresar y durante su estancia en el hospital utilizando las escalas de Norton y Downton.
- Valoración del paciente con catéter epidural.
- Toma de contacto con los pacientes
- Administración de la medicación a distintas horas según pautas.
- Realización de gasometrías.
- Control de niveles en los sistemas de drenajes endotorácicos.
- Control del débito en dichos drenajes.
- Realización de DX y administración de insulinas.
- Curas : (escaras, drenajes, venoclisis, etc.)
- Colocación y cambio de SNG, Sonda vesical etc.
- Protección de talones, cambios posturales.
- Toma y registro de constantes.
- Realizar historia clínica de enfermería.
- Realizar informes de continuidad de cuidados.
- Sacar medicación turno siguiente.
- Escribir incidencias de enfermería.
- Relevo oral y escrito.

Actividades de enfermero/as en turno de tarde.

- Recepción del relevo oral y escrito.
- Valorar a los pacientes al ingresar y durante su estancia en el hospital utilizando las escalas de Norton y Downton.
- Realizar historia clínica de enfermería.
- Valoración del paciente con catéter epidural.
- Toma de contacto con los enfermos.
- Administración de medicación a distintas horas según pautas.
- Reclamación y recepción de ingresos programados por el servicio de gestión.
- Avisar y acompañar al especialista si el ingreso lo requiere.
- Cambiar mascarillas de oxígeno y gafas nasales (martes, jueves y sábado)
- Cambios posturales.
- Revisión y colocación de resultados de analítica en sus gráficas correspondientes.
- Curas de venoclisis, vigilancia de aparición de flebitis (lunes, miércoles y viernes o lunes y viernes según procedimiento empleado).
- Revisar el carro de medicación que sube de farmacia.
- Sacar medicación turno siguiente.

- Toma de constantes.
- Escribir incidencias.

Actividades de enfermeros/as en turno de noche.

- Recepción del relevo oral y escrito.
- Toma de contacto con los pacientes.
- Valoración del paciente con catéter epidural.
- Preparación de tubos de analítica.
- Administración de medicación a distintas horas según pautas.
- Cambios posturales
- Toma y registro de constantes
- Reposición de hojas de gráficas y de medicación en la historia del paciente.
- Recepción de ingresos urgentes si se dispone de camas libres.
- Vigilancia de pacientes y de sueroterapia.
- Vigilancia de pacientes con CPAP y BIPAP.
- Vigilancia de saturación de oxígeno en pacientes con pulsioxímetro.
- Sacar medicación turno siguiente.
- Realizar extracciones de analíticas por vía normal y urgente.
- Retirar oxígeno a los pacientes con gasometrías basales a las 8h.
- Escribir incidencias.

En todos los turnos anteriormente citados se atienden timbres, se extraen analíticas, se realizan ECG, Se cambian vías, SNG, se realizan hemocultivos, mantoux, se colocan tubos endotorácicos, se realizan técnicas de pleurodesis y pleurolisis, se preparan y administran medicaciones pautadas fuera del horario habitual y cualquier otra tarea que pueda surgir sin estar programada.

Actividades de la auxiliar de broncofibroscopia.

- Relevo oral y escrito.
- Toma de contacto con los pacientes.
- Recogida y traslado de muestras: orinas, urocultivos, coprocultivos, baciloscopias, etc.
- Traslado de las muestras de sangre, tanto urgentes como normales, a laboratorio y hematología.
- Traslado de las muestras recogidas de las broncofibroscopias a anatomía patológica, microbiología, inmunología y laboratorio.
- Limpieza de broncofibroscopios.
- Colaboración en el aseo de pacientes.
- Pesar y medir a los pacientes que lo precisen.
- Colaboración con la revisión del material y caducidad de los medicamentos.
- Colocación de pedidos de Farmacia y Almacén.
- Colocación y reposición de sueros.
- Reposición y limpieza de los carros de medicación y de curas.
- Escribir incidencias.
- Limpieza a fondo (sumergir cajones en agua con lejía) del carro de unidosis (todos los martes).

Actividades de la auxiliar en turno de mañana.

- Relevo oral y escrito.
- Toma de contacto con los pacientes.
- Toma de temperatura corporal.
- Preparación del carro de lencería. Llamar a lencería si falta ropa.
- Revisar carro de lencería recibido en la mañana.
- Realización de camas y aseo de pacientes encamados.
- Colaborar en la sedestación de pacientes.
- Colabora con la/el enfermera/o en curas, cambios de sondas etc.
- Reparto y administración de desayuno y comidas
- Limpieza a fondo (sumergir cajones en agua con lejía) del carro de unidosis (todos los martes).
- Recogida de bandejas.
- Recepción y colocación del pedido de suministro diario de cocina.
- Administración de enemas.
- Limpieza de cuñas y botellas al alta y cuando sea preciso.
- Limpieza del instrumental.
- Toma y registro de temperaturas.
- Anotación de ingestas, diuresis y deposiciones.
- Colaborar a la hora de encamar a los pacientes.
- Limpieza y reposición del carro de curas y de medicación de unidosis
- Revisión de pañales.
- Revisión de dietas.
- Retirada y limpieza del material usado al producirse un alta.
- Avisar al servicio de limpieza para asear camas, taquillas y mesillas.
- Hacer de limpio dichas camas para otros pacientes.
- Escribir incidencias.

Actividades de la auxiliar en turno de tarde.

- Relevo oral y escrito.
- Toma de contacto con pacientes.
- Recepción de ingresos.
- Preparación de exploraciones del día siguiente.
- Sedestación de enfermos.
- Revisar el carro de lencería
- Colocar lencería.
- Reparto de merienda y cena.
- Recogida de bandejas.
- Preguntar a los pacientes dietas opcionales y registrarlas en el ordenador.
- Administración de enemas.
- Toma y registro de temperatura.
- Cambios posturales.
- Preparar y colocar carteles de ayunas para las exploraciones del día siguiente
- Entrega de botes de orina y baciloscopias para recogida de muestra.
- Petición de dietas a cocina de los ingresos.
- Anotación de ingesta, diuresis y deposiciones.
- Encamar enfermos.

- Revisión de pañales.
- Revisión de dietas anotando las modificaciones.
- Escribir incidencias.

Actividades de la auxiliar en el turno de noche.

- Relevo oral y escrito.
- Toma de contacto con los pacientes.
- Administración de enemas pautados.
- Reparto de leche y zumos.
- Toma de temperatura a aquellos pacientes que lo precisen.
- Cambios posturales.
- Vigilancia de pacientes.
- Revisión de pañales.
- Realización de camas y aseo de pacientes que van a quirófano.
- Escribir incidencias.

En todos los turnos anteriormente citados se atienden timbres

Actividades generales.

Ingreso de pacientes.

- Se les recogerá sobre de ingresos.
- Se realizará una valoración inicial, siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon.
- Se acompañará al paciente a su habitación. Se le indicará donde está el timbre y luces.
- Se les proveerá de útiles para el baño, así como bata, pijama o camisón.
- Se anotará el nombre en el tablón de enfermos.
- Se preparará la historia y se anotarán pruebas y peticiones que traigan.
- Se adjuntará a las incidencias la valoración con las escalas de Norton y Downton.
- Se abrirá un plan de cuidados.

Alta de pacientes.

- Se comunicará al servicio de admisión de enfermos.
- Se borra del tablón.
- Se recogerá todo el material utilizado para su limpieza.
- Se retirará la ropa de la cama.
- Se avisa a la limpiadora para que proceda a la limpieza de cama, mesilla y taquilla.
- Se entregará el informe de alta y se explicará al paciente el tratamiento a seguir.
- Se facilitará el traslado en ambulancia siempre que sea necesario.
- La enfermera realizará el informe de continuidad de cuidados de enfermería al alta
- Se recoge toda la historia del enfermo para llevar a la administrativa.

Éxitus

- Ante un fallecimiento en la unidad, se seguirán los siguientes pasos:
 - Confirmar por facultativo el éxitus.
 - Hacer ECG.
 - Retirar catéteres.
 - Higiene del cadáver si fuese necesario.
 - Introducir en sudario en decúbito supino.
 - Identificar con nombre, apellidos, número de habitación y hora del éxitus.
 - Avisar a celadores para su traslado a necropsia.
 - Comunicarlo al servicio de admisión de pacientes.
 - Proceder como en la normativa de altas.

Extracciones

- Las analíticas serán realizadas por el turno de noche, a excepción de las gasometrías que las realizará el turno de mañana e inmediatamente después de la extracción se analizarán en el gasómetro de la unidad.
- Todos los tubos por vía urgente deberán ir perfectamente identificados con el nombre, apellidos, número de habitación y cama del paciente.
- Las analíticas por vía normal se codifican en la planta y se envían al laboratorio antes de las 10 h.
- Las urgentes deben llevarse a su correspondiente laboratorio.
- Recepción de analíticas o pruebas complementarias.
- Se anota su recepción en hoja de control de pruebas.
- Se dejarán delante de la gráfica hasta que sean vistas por el facultativo.

Toma de muestras

- Las orinas por vía normal se recogerán a primera hora de la mañana en bote estéril, debidamente identificado. (adjudicándole un código, lo sobrante de las etiquetas se envían también junto con la muestra).
- Las urgentes se recogerán en el momento. (Estas se identifican con nombre y apellidos, no necesitan código)
- Espustos: se recogerá una muestra durante tres días consecutivos a primera hora de la mañana, provocando la tos. Irán perfectamente identificados y se anota el número de muestra que le corresponde (1ª, 2ª o 3ª muestra).
- Se cuidará siempre la asepsia en la recogida de la muestra.

Glosario de actividades.

S: Supervisa

C: Colabora

R: Realiza

HORA	TAREAS	Supervisor/ a	Enfermeras	Auxiliares
8	Relevo oral y escrito	S	R	R
8:15	Preparación y administración de medicación	S	R	
	Extracción de gasometrías	C	R	
	Vigilancia de drenaje endotorácico	C	R	
	Camas y aseo de pacientes encamados	S	C	R
	Curas: Escaras, drenajes, venoclisis etc...	S	R	C
	Revisión de libro de estupefacientes	R		
	Cambios de sondas: Uretrales, nasogástricas	S	R	C
	Dex. Y administración de insulinas		R	
	Toma y registro de temperaturas	S		R
9:30- 9:45	Reparto y administración de desayunos	S		R
	Recepción de ingresos programados	C	R	R
10:00- 10:30	Recogida de bandejas y desayunos			R
	Revisión de material y medicación	R		C
	Pedidos a Farmacia y revisión del Almacén	R	C	C
	Reparto de vasos de un solo uso			R
10:00	Desayuno del personal de enfermería	R	R	R
10:30	Visita médica	C	R	
	Toma de constantes vitales	C	R	
	Peticiones analíticas y exploraciones	C	R	
	Colaboración de exploraciones y extracciones	C	R	C
	Retirada de tubos endotorácicos	C	R	
	Arreglo zona esterilización	S		R
	Limpieza de instrumental	S		R
	Colocación de lencería y farmacia	S		R
	Realizar H ^a de enfermería	C	R	C
	Revisión de tratamientos	C	R	
	Cursar peticiones	S	R	C
	Técnicas especiales de Cirugía Torácica.	C	R	
12:00	Administración de medicación		R	
	Recepción de enfermos de REA.	C		
	Altas a admisión	R	C	
13:00	DEX. Y administración de insulina		R	
	Limpieza y reposición de material del carro de unidosis	S		R
13:40- 13:55	Reparto y administración de comidas			R
14:20-	Recogida de bandejas			R

14:35				
	Control y registro de ingesta y diuresis			R
	Sacar medicación turno siguiente		R	
	Revisión Tratamiento de hematología (sintrón , heparina)	S	R	
	Limpieza y reposición del carro de curas	S		R
14:30	Escribir incidencias		R	R
15:00	Relevo oral y escrito		R	R
16:00	Administración de medicación		R	
17:30-17:45	Merienda			R
	Administración de la merienda			R
	Revisar carro de unidosis		R	
	Revisar tratamientos		R	
18:00-18:30	Recogida de bandejas			R
	Administración de medicación		R	
	Toma de constantes TA y temperatura		R	R
	Sacar medicación turno siguiente		R	
	Preparación de exploraciones y carteles ayunas			R
	Preparación de tubos de analítica		R	C
20:00	Administración de medicación e insulinas		R	
	Revisar carro de lencería			R
20:40-20:55	Reparto de las bandejas de la cena			R
21:20-21:35	Recogida de bandejas			R
22:00	Toma de ingesta y diuresis			R
	Escribir incidencias		R	R
22:00	Relevo oral y escrito		R	R
24:00	Administración de medicación		R	
	Reponer y rellenar gráficas y hojas de tratamientos		R	
	Reparto de leche y zumos			R
	Toma de constantes vitales		R	R
3:00	Administración de medicamentos		R	
6:00	Administración de medicación		R	
7:00	Aseo y rasurado de enfermos que van a quirófano			R
	Preparación de medicación turno de mañana		R	
	Toma de ingesta y diuresis			R
	Extracción de analítica normal y urgente		R	
	Escribir incidencias		R	R
	Revisar listado de pacientes ingresados		R	

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES.

Los profesionales se distribuirán de la siguiente forma:

- 2 enfermeras/os del turno de mañana tienen a su cargo 5 habitaciones (de dos enfermos) cada una/o, siendo de la especialidad de Neumología.
524-525-526-527-528 (neumología)
519-520-521-522-523 (neumología)
- 1 enfermera/o 4 habitaciones (de dos enfermos) de la especialidad de C Torácica.
Los bloques de habitaciones son:
515-516-517-518 (c. torácica)

Dos auxiliares de enfermería:

- 1 lleva 517-518-519-520-521-522-523 (las dos primeras son de c. torácica y el resto neumología)
- 1 lleva 524-525-526-527-528-515-516 (Las dos últimas son de c. torácica y el resto neumología)

Visita médica.

La visita médica comienza de 10 a 10,30 horas, terminando de 12 a 12,30 horas aproximadamente; excepto la visita de los pacientes que pertenecen a otro servicio (periféricos) que la realizan sus Especialistas en horarios no previstos.

El Servicio de Neumología consta de ocho Médicos Especialistas, estando cuatro en planta haciéndose cargo cada uno, de cinco pacientes. Cada neumólogo, tiene un día asignado para la realización de técnicas con la ayuda de la enfermera de turno de mañana.

La Unidad de Cirugía Torácica tiene cuatro cirujanos con cuatro habitaciones a su cargo.

Un/a enfermero/a acompañará en la visita médica al facultativo, si la actividad laboral de la planta en ese momento lo permite. En cada carro va incluida una carpeta con volantes. Los cirujanos torácicos pasan la visita sin carro.

Una vez vistos los pacientes pasan al despacho donde revisan las historias, modifican tratamientos y hacen las peticiones oportunas.

Al finalizar retiran los tubos y drenajes con la ayuda de una enfermera.

Una vez terminada la visita médica se revisarán los cambios de tratamiento y se le darán curso a las peticiones solicitadas.

NORMAS DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.

La unidad cuenta con una guía de acogida al paciente y familiar, en las que se les informa de normas de funcionamiento, de los servicios que se les proporciona en la Unidad y en el hospital, de trámites administrativos, de los horarios de pase de visita médica e información a familiares.

A diario, el médico le informará al paciente sobre su estado de salud, pronóstico de su enfermedad, así como los cambios evolutivos acaecidos y los resultados de las pruebas complementarias recibidas.

La información a los familiares se hará diariamente por el médico al terminar la visita del paciente, si este lo autoriza; durante el turno de mañana a partir de las 13:30 h. en el despacho situado fuera de la planta, en situaciones de urgencias se informará a los familiares cuando se precise.

Aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que entrañan riesgo previsible para el paciente, se explican de forma verbal acompañadas de la firma con el consentimiento informado.

Al alta del paciente, además de la entrega de la receta e informe de alta médica, la/el enfermera/o le entregará el alta de enfermería, y le informará de la pauta y dosis de la medicación a seguir en el domicilio, así como de la alimentación y de los cuidados de enfermería si fuesen necesarias.

TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13/XII, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), y el R.D. 994/1999, de 11/VI, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, son las dos disposiciones básicas de obligado cumplimiento para todas las empresas y profesionales que, en el desarrollo de su actividad, traten datos de carácter personal.

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Toda persona tiene derecho a que se le respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

Recordar que nuestras **buenas prácticas** nos ayudan a aplicar estas leyes, como el trato exquisito de las historias clínicas, el secreto profesional... evitar las escuchas personales de los pacientes y el personal sanitario, las conversaciones entre profesionales... Tanto la información recibida de forma activa como pasiva sobre la salud de los usuarios tiene carácter confidencial.

MANUALES DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO, UNIDAD o CENTRO.

Situados en el despacho de la supervisora.

- Manual de procedimiento de enfermería (Protocolos).
- Normas generales de la unidad.
- Normas administrativas.
- Directorio de megáfonos y teléfonos.
- Plan de salud de Extremadura.

Ubicados en la farmacia en el lugar destinado para ello:

- Libro de psicótopos y estupefacientes.
- Guía farmacoterapéutica.
- Manual de aislamientos hospitalarios.
- Protocolo de lavado de manos. (además ubicado en el baño de personal).

DIRECTORIO DE TELÉFONOS.

Junto a cada teléfono de la Unidad existe un directorio telefónico, con una señal visible de aquellos con los que mantenemos una relación más estrecha.

Admisión C. Torácica	48111	48112
Admisión Hospitalización	48160	48132
Admisión Urgencias	48118	
Ambulancia	902 154 564	
Celadores	48340	
Centralita	49110	
Cocina	48360	
Despacho C. Torácica y Secretaría	48387	
Despacho neumólogos	48391	
Despacho Supervisora	48390	
Dietista	48149	
Gobernanta	48323	
Planta traumatología	48274	
Sala Broncofibroscopia	48388	

INFORMACIÓN DE INTERÉS GENERAL.

Llegada al Servicio.

Si es la primera vez que viene a trabajar a este Centro hospitalario, deberá pasarse primeramente por la Secretaría de Dirección situada en la planta baja del Hospital Infanta Cristina, para dar sus datos y así poder incorporarlos en la ficha de personal del Hospital.

Una vez haya entregado sus datos pasará con la Supervisora de Área correspondiente para que lo/la conozcan y le informe de las características propias de la Unidad en la que van a trabajar.

Además le entregará una nota para retirar las prendas del uniforme correspondientes (calzado, pijama y bata) en el servicio de lencería situado en la planta sótano del hospital (HIC), deberá firmar el recibo que acreditará la recepción de las mismas y servirá para poder realizar el necesario control de entrega. La limpieza del uniforme se lleva a cabo en la lavandería del hospital de donde una vez limpio lo retirará de lencería (en horario de mañanas de 8:30 a 10:00 y 10:30 a 14:30 horas).

También se le informará dónde se encuentran los vestuarios, así como la posibilidad de disponer de taquilla.

Una vez realizado estos trámites podrá ponerse en contacto con el Supervisor de la Unidad para la gestión de turnos.

Su turno de trabajo figurará en planilla desde el primer día de su incorporación, así como el puesto de trabajo donde estará ubicado. Se le entregará copia de la planilla.

La identificación de profesionales es objetivo básico para garantizar el derecho de los usuarios a saber quien les atiende, así como para mejorar la seguridad en los Centros del Servicio Extremeño de Salud.

Los profesionales deben estar identificados en todo momento durante su jornada laboral, portando la Tarjeta Personal Identificativa (entregada en la Gerencia del Área al firmar el contrato de trabajo) prendida del uniforme en un lugar fácilmente visible. Es responsabilidad del profesional la correcta utilización, conservación y custodia de la Tarjeta de la que es titular.

ANEXO. PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS DEL SERVICIO.

HORARIO DE TRATAMIENTOS.

Medicación oral: suele coincidir con el horario de comidas; excepcionalmente puede administrarse a otras horas, como antibióticos o psicótopos (23-24 h):

C/24 h	(1-0-0)	D
C/12 h	(1-0-1)	D-CE
C/ 8 h	(1-1-1)	D-CO-CE
C/ 6 h	(1-1-1-1)	D-CO-ME-CE

Medicación parenteral: la administración de insulina debe realizarse ½ h antes de las comidas:

C/24 h	12 h
C/12 h	12 - 24 h
C/ 8 h	8 - 16 - 24 h
C/ 6 h	6 - 12 - 18 - 24 h

Sueroterapia:

500 cc/24 h	12 h
1000 cc/24 h	12 - 24 h
1500 cc/24 h	8 - 16 - 24 h
2000 cc/24 h	6 - 12 - 18 - 24 h
2500 cc/24 h	5 - 10 -15 - 20 - 24 h
3000 cc/24 h	4 - 8 - 12 - 16 - 20 -24 h

Rectal:

- ✚ Es la menos frecuente, excepto para antitérmicos (s/temp) o antiinflamatorios (C/12h)

Sublingual:

- ✚ Horario variable.

Tópica:

- ✚ Horario variable.

CUIDADOS ESPECÍFICOS.

NEUMOLOGÍA

Pacientes con EPOC

- ✚ De estos pacientes, los que tengan hipercapnia, serán merecedores de una mayor vigilancia. Se les mantendrá el mayor tiempo posible despiertos, dejándolos dormir desde las 24 h a las 6 h, despertándolos a cada hora y según prescripción médica. Deberán beber bastante agua y se les realizarán ejercicios respiratorios sentándolos en un sillón el mayor tiempo posible y haciéndolos soplar en bolsas.
- ✚ Vigilancia de cianosis distal.
- ✚ Control de saturación con pulsioxímetro.

Pacientes con TEP

- ✚ Estos pacientes permanecerán en reposo absoluto durante los 6-7 primeros días, a pesar de estar con perfusión de heparina. Se vigilará dicha perfusión para que pase a las horas pautadas

Pacientes con hemoptisis

- ✚ Estarán en reposo absoluto en cama hasta que el esputo sea claro.
- ✚ Se cuantificará dicha hemoptisis por turnos en recipientes preparados para tal fin.
- ✚ Se pondrá bolsa de hielo si se sabe cuál es el hemitorax que sangra.
- ✚ Se le canalizará una vía periférica.

Pacientes con ventilación mecánica no invasiva (VMNI)

		RESPIRADORES PARA VMNI Existen otros tipos pero estos son los utilizados en nuestra unidad
Legend Air	Vivo	
Airox	Breas	
Volumétrico y presiométrico	Presiométrico	

PROTOCOLO DEL DRENAJE TORÁCICO

Inserción del tubo torácico

Los tubos de tórax se insertan en el espacio o cavidad pleural a través de dos métodos: toracotomía con trocar o toracotomía con clamp.

PROPÓSITO:

Drenar pus (empiema), sangre (hemotórax), aire (neumotórax) u otro líquido de la cavidad pleural.

Para cumplir su función, el drenaje debe ser:

1. Estanco, sin que penetre aire por las conexiones del sistema.
2. Irreversible, sin permitir el reflujo de aire o líquido por el drenaje.
3. Estéril, lo que hay que tener en cuenta al colocarlo y manipularlo.
4. Se le podrá aplicar una presión negativa para aspirar en caso necesario.

MATERIAL:

- ✚ Paños estériles.
- ✚ Guantes estériles.
- ✚ Anestésico local.
- ✚ Maquinilla de rasurar.
- ✚ Jeringas de 10 cc y agujas IM.
- ✚ Bisturí.
- ✚ Tubo de tórax del N° que indique el C. Torácico dependiendo de si es aire, sangre u otro líquido.
- ✚ Pinzas de mosquito estériles.
- ✚ Gasas estériles.
- ✚ Povidona yodada en solución.
- ✚ Seda del nº 2 aguja recta.
- ✚ Dos pinzas sin dientes para clampar el tubo de tórax.
- ✚ Pleur-evac preparado. (se rellenan las cámaras de sellado y control de aspiración con suero salino).
- ✚ Esparadrapo.

TÉCNICA:

- ✚ Explicar al paciente la maniobra que se le va a hacer.
- ✚ Preparar campo estéril.
- ✚ Colocar al paciente en decúbito supino con el cabecero a 30° o en posición semisentado si el paciente no tolera el decúbito.
- ✚ Rasurar la zona de inserción del tubo si fuese necesario.
- ✚ Pintar dicha zona con Povidona yodada.
- ✚ Preparar anestésico, bisturí y pinza de mosquito.
- ✚ Ayudar al C. Torácico a la colocación del tubo y seguir sus indicaciones.
- ✚ Una vez colocado el DET el C. Torácico taponar el tubo e inmediatamente se conecta al sistema de drenaje, fija el tubo con puntos de seda, a continuación se procederá a colocar gasas y apósitos en peritubo.
- ✚ Si se trata de colección líquida de alto débito se clampa el drenaje.

PRECAUCIONES:

- ⚠ Vigilar que no haya acodamiento en todo el sistema de drenaje.
- ⚠ Una vez insertado el DET conectarlo al pleur-evac sin aspiración hasta indicación facultativa.
- ⚠ En caso de drenajes de colecciones líquidas de alto débito, clampar y desclampar tubo cada hora según débito (aproximadamente 200 CC/h).
- ⚠ En caso de hemotórax será necesario "ordeñar" el tubo de drenaje frecuentemente para evitar que los coágulos obstruyan el DET.
- ⚠ No pinzar nunca el DET durante el traslado del paciente excepto indicación facultativa.
- ⚠ Mantener siempre el pleur-evac por debajo del punto de inserción del DET, para evitar que el material drenado en la goma de látex que conecta el tubo de toracotomía con el pleur-evac, entre de nuevo en la cavidad pleural.
- ⚠ El pleur-evac debe estar en posición vertical, colgado en el lateral de la cama hacia los pies para evitar su volcado accidental. Cuando esto ocurre se modifica el nivel de las cámaras alterando su funcionamiento, por lo que, debe cambiarse por otro nuevo.
- ⚠ Cuando se va a realizar el cambio de pleur-evac, bien porque está lleno de material drenado o por volcado accidental, hay que pinzar siempre el DET antes de desconectar el sistema, para evitar la entrada de aire en la cavidad pleural. El cambio debe hacerse lo más rápido posible
- ⚠ Cuando se inicia la sedestación del paciente, hay que evitar que los tubos de silicona de los drenajes, queden presionados por el paciente y se interrumpa la aspiración o caída libre de los mismos

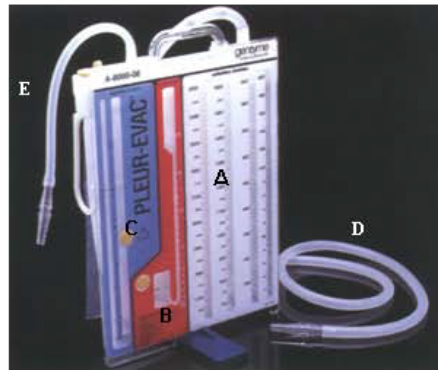
UNIDAD PLEUR-EVAC:

Está inspirada y tiene el mismo funcionamiento, al sistema de drenaje de tres botellas.

Consta de tres cámaras:

1. cámara de la derecha (color blanco) o cámara de recolección.
2. cámara central (color rojo) o cámara de sello de agua.
3. cámara de la izquierda (color azul) o cámara de control de aspiración.

Tiene dos conexiones situadas sobre dos tubos de goma de látex; el tubo corto se conectará al sistema de aspiración central o fuente de vacío; el tubo largo de látex, se conectará al tubo de toracotomía del paciente.



- A: Cámara de recolección.
- B: Cámara de sello de agua.
- C: Cámara de control de aspiración.
- D: Tubo conectado a paciente.
- E: Tubo conectado a aspiración.

VIGILANCIA Y MANTENIMIENTO DEL PLEUR-EVAC:

1. Caída libre: sin aspiración

- Vigilar niveles de las cámaras de control de aspiración (cámara azul 20/25 cm) y de sellado (cámara roja 2 cm) en cada turno, recibéndolas si fuese necesario con suero estéril (evaporación).
- Anotación de la cantidad drenada diariamente c/24 h, en la cámara colectora.
- Vigilar aspecto del material drenado.

2. Con aspiración:

- vigilar niveles de las cámaras de control de aspiración (cámara azul 20/25 cm) y de sellado (cámara roja 2 cm equivalente a presión 0) en cada turno, recibéndolas si fuese necesario con suero estéril.
- Anotación en la cámara colectora la cantidad drenada diariamente c/24 h.
- Vigilar aspecto Y cantidad del material drenado.
- La aspiración en el Pleur-Evac la marca la cámara de Control de Aspiración o succión. El Pleur-Evac siempre limitará la aspiración al Nº de cm de agua que marque dicha cámara (20 cm - 25 cm) independientemente de la presión que marque el manómetro del aspirador.
- La aspiración comenzará con un ligero burbujeo en la cámara de control de aspiración (cámara azul).

La aparición de burbujas en la cámara de sellado nos indica la existencia de fugas aéreas pulmonares. Si el burbujeo se hace incesante y excesivo, se revisará el sistema de drenaje, ya que es posible la entrada de aire desde el exterior: bien por una mala conexión, salida accidental del Tubo de Tórax o bien por defecto del propio sistema; en ocasiones entra aire a través de la peri tubo, en este caso se colocarán gasas estériles con betadine gel o vaselina en el punto de inserción del DET. Si persiste la fuga, en ocasiones hay que dar un punto de sutura. Se avisará al Cirujano Torácico.

Acciones de enfermería ante ciertas eventualidades.

1. **DESCONEXIÓN ACCIDENTAL DEL DET DEL SISTEMA DE DRENAJE:** se conectará de inmediato.
2. **SALIDA DEL DET DE SU SITIO:** en ocasiones el tubo de tórax rompe su anclaje en el tórax y se sale, en este caso se tapaná rápidamente el punto de inserción con Povidona yodada gel o vaselina para evitar la entrada de aire en la cavidad pleural. Se solicitará una RX de tórax y se avisará al médico.
3. **VOLCADO ACCIDENTAL DEL PLEUR-EVAC:** el nivel de las cámaras se modifica por lo que su funcionamiento es anómalo, cuando esto suceda, debe cambiarse por uno nuevo

Retirada de un tubo de tórax.

El drenaje se retira cuando no hay fuga aérea o cuando la cantidad drenada es inferior a 100 cc en 24 horas. Con frecuencia se pinza durante 12-24 h para verificar que no hay recidiva del neumotórax o del derrame. Siempre se retirará por indicación facultativa.

Material

- ✚ Gasas estériles.
- ✚ Bisturí.
- ✚ Vaselina o Povidona yodada gel y en solución.
- ✚ Guantes estériles.
- ✚ Apósito.

Técnica

- ✚ Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer.
- ✚ Se retiran los apósitos que cubren el peritubo.
- ✚ Se preparan gasas con Povidona yodada solución para desinfectar la zona.
- ✚ Se echa Povidona yodada gel en otra gasa y se reserva.
- ✚ El cirujano torácico suele dejar un punto de seda en U enrollado en el tubo de tórax, este se desenrolla y se deja preparado para anudarse cuando el cirujano lo indique.
- ✚ Si el pleur-evac no está conectado a aspiración, se conecta.
- ✚ Se indica al paciente que realice la maniobra de Valsalva, en este momento el cirujano retira el tubo y la/el enfermera/o debe inmediatamente anudar el punto para cerrar la incisión. Se coloca la gasa con Povidona yodada gel para sellar el punto de inserción y se cubre con apósitos.

Complicaciones

- ✚ Lesión de órganos toraco-abdominales por mala técnica de inserción con el trocar.
- ✚ Obstrucción del drenaje.
- ✚ Hemorragia.
- ✚ Enfisema subcutáneo: por obstrucción del drenaje con fuga aérea que sale por peritubo; por fuga aérea que supera la aspirada por el sistema; o por fuga aérea con el orificio centinela en las partes blandas.
- ✚ Empiema.

- ✚ Edema de reexpansión; la reexpansión brusca de un pulmón colapsado durante varios puede dar lugar a un edema con tos, dolor pleurítico, hipoxemia e hipotensión que puede ser mortal.

BIBLIOGRAFÍA

- Fry WA. Thoracic Incisions, p.382. En Shields TW(ed): General Thoracic Surgery (Fourth edition), Williams & Wilkins, Malvern, 1994.
- Fry Wa, Paape, K Pneumothorax, p.666. . En Shields TW(ed): General Thoracic Surgery (Fourth edition), Williams & Wilkins, Malvern, 1994.
- Noirclerc M, Gaillard G, Levasseur Ph Chauvin G, Boutin C et Sastre B. Le drainage thoracique. Encycl Méd Chir, Paris, Techniques Chirurgicales, Thorax, 42200, 4.4.12.
- RICHARD, W LIGHT, H.D.-Pleural Diseases. Philadelphia; Lea Febiger, 1983.
- NURSING PHOTOBOOK.- Cuidados respiratorios en Enfermería. Ediciones Doyma,1985.
- FUCHS CARROLL, P.- Entradas y salidas de los sistemas de drenaje torácico. Nursing, junio-julio 1987.
- LÓPEZ SOTO, R.y A. CAMPALANS, L.- Insuficiencia respiratoria, fisiopatología y tratamiento. Ediciones Jims, 1970
- Gonzalez Aragonese, F. Historia de la Cirugía Torácica en España, p.11,73-4,633-40. Tesis Doctoral. Universidad Complutense, Madrid, 1987. ECT.

Pleurodesis con doxicilina:

PREMISAS: Pulmón re expandido radiológicamente y drenaje del día anterior < de 200 ml.

MATERIAL:

- + Escandicaina
- + Salino de 50 ml y 100 ml.
- + Pinzas para clampar el tubo de tórax.
- + Gasas.
- + Aguja iv
- + Llave de tres vías
- + Jeringa de 50 ml de cono luer.
- + Sistema de gotero.
- + Povidona yodada.
- + 200 mg de doxicilina.

TÉCNICA:

- + Se diluyen dos ampollas de escandicaina de 10 ml en 50 ml de salino se purga el sistema de gotero y se reserva.
- + Se pinta con Povidona yodada la porción de goma de látex más próxima a la conexión con el tubo de tórax. Se pincha la aguja con la llave incorporada y se protege con esparadrapo.
- + A continuación se pinza la goma de látex con las dos pinzas, en sentido contrario una de la otra.
- + Se conecta el micro gotero a la llave de tres vías y se abre el sistema, una vez pasados los 50 ml se introduce un poco de aire con la jeringa de 50 ml de tal forma que el líquido que queda en la goma se introduzca todo lo posible y acto seguido se pinza el tubo de tórax lo más próximo al punto de inserción, durante 30 minutos con cambios posturales.
- + Pasados los 30 minutos se conecta el pleur-evac a aspiración durante 15 minutos y se administran 4 Mg. subcutáneos de cloruro mórfico
- + Se administran 200 mg de doxicilina disueltos en 100 ml de salino de igual manera que el anterior.
- + Una vez que han pasado los 100 ml se pinza el tubo de tórax durante 2 horas con cambios posturales.
- + Por último, se conecta el pleur-evac a aspiración y se retira el drenaje a las 24 horas.
- + En caso de salida de líquido por peri tubo, dar puntos.
- + Es frecuente la aparición de nauseas, vómitos y/o fiebre.

Pleurodesis con talco:

PREMISAS:

- ✚ Pulmón re expandido radiológicamente y drenaje del día anterior < de 200 ml.

MATERIAL:

- ✚ Escandicaina.
- ✚ Salino de 50 ml y 100 ml.
- ✚ Pinzas para clampar el tubo de tórax.
- ✚ Gasas.
- ✚ Aguja iv.
- ✚ Llave de tres vías
- ✚ Jeringa de 50 ml de cono luer.
- ✚ Sistema de gotero.
- ✚ Povidona yodada.
- ✚ 5 gr de Talco estéril en disolución

TÉCNICA:

- ✚ Se diluyen dos ampollas de escandicaina de 10 ml en 50 ml de salino se purga el sistema de gotero y se reserva.
- ✚ Se pinta con povidona yodada la porción de goma de látex mas próxima a la conexión con el tubo de tórax. Se pincha la aguja con la llave incorporada y se protege con esparadrapo.
- ✚ A continuación se pinza la goma de látex con las dos pinzas, en sentido contrario una de la otra.
- ✚ Se conecta el micro gotero a la llave de tres vías y se abre el sistema, una vez pasados los 50 ml se introduce un poco de aire con la jeringa de 50 ml de tal forma que el líquido que queda en la goma se introduzca todo lo posible, acto seguido se pinza el tubo de tórax lo más próximo al punto de inserción durante 30 minutos con cambios posturales.
- ✚ Pasados los 30 minutos se conecta el pleur-evac a aspiración durante 15 minutos y se administran 4 mg subcutáneos de cloruro mórfico
- ✚ Se carga el talco estéril en una jeringa de 50 ml de cono luer y se administra a través de la llave de tres vías.
- ✚ Una vez que se ha pasado el talco, se pinza el tubo de tórax durante 2 horas con cambios posturales.
- ✚ Por último, se conecta el pleur-evac a aspiración y se retira el drenaje a las 24 horas.
- ✚ En caso de salida de líquido por peri tubo, dar puntos.
- ✚ Es frecuente la aparición de nauseas vómitos y/o fiebre.

Fibrinólisis con urokinasa con tubo de tórax.

PREMISAS

- ✚ Comprobar normalidad del hemograma y coagulación.
- ✚ La dosis de urokinasa va en función del volumen del derrame (<500 ml: 100.000 ui-- >500 ml: 200.000 ui)
- ✚ la urokinasa intrapleurales se administra en ciclos de tres dosis al día c /8 h.

MATERIAL

- ✚ Gasas.
- ✚ Povidona yodada.
- ✚ Salino de 100 ml.
- ✚ Urokinasa.
- ✚ Aguja IV.
- ✚ Sistema de gotero.
- ✚ Pinzas.

TÉCNICA

- ✚ Se disuelve la dosis de urokinasa prescrita por el c. torácico en microgotero de 100 cc de salino.
- ✚ Se desinfecta la goma de látex que conecta con el drenaje torácico.
- ✚ Se pinza la goma con dos pinzas, una en sentido contrario a la otra
- ✚ Se pincha la goma con la aguja iv y se conecta el micro- gotero.
- ✚ Una vez que ha pasado todo el contenido del micro-gotero se deja pinzado el tubo dos horas, con cambios posturales del paciente durante esas dos horas.
- ✚ Pasadas las 2h se despinza y se conecta el sistema a aspiración durante 8 h.
- ✚ Cuantificar la cantidad drenada tras las tres dosis de urokinasa pautada.
- ✚ Este ciclo se puede repetir hasta comprobar por Rx la resolución del derrame.
- ✚ En caso de disnea o dolor torácico suspender el tº, despinzar el tubo y avisar al cirujano torácico.
- ✚ En caso de salida de liquido por peri-tubo, dar puntos.
- ✚ Es frecuente la aparición de nauseas, vómitos y/o fiebre.

Fibrinólisis con urokinasa con pic-tail

MATERIAL:

- ✚ Salino de 100 ml
- ✚ UK (urokinasa)
- ✚ Sistema de gotero

PREMISAS

- ✚ Comprobar normalidad del hemograma y coagulación.
- ✚ La dosis de uk va en función del volumen del derrame (<500 ml: 100.000 ui-- >500 ml: 200.000 ui)
- ✚ La uk intrapleuraleal se administra en ciclos de tres dosis al día /8 h.

TÉCNICA

- ✚ Se disuelve la dosis de uk prescrita por el c. torácico en microgotero de 100 cc de salino.
- ✚ Se cierra la llave de tres vías y se conecta el micro- gotero.
- ✚ Una vez que ha pasado todo el contenido del micro-gotero se deja pinzado dos horas con cambios posturales.
- ✚ Pasadas las 2 h se abre la llave de tres vías y se conecta el sistema a aspiración durante 8 h.
- ✚ Todo este proceso se repite hasta completar las tres dosis de uk.
- ✚ Cuantificar la cantidad drenada tras las tres dosis.
- ✚ Este ciclo se puede repetir hasta comprobar por Rx la resolución del derrame.
- ✚ En caso de disnea o dolor torácico suspender el t^o y despinzar el tubo. avisar al cirujano torácico.
- ✚ En caso de salida de liquido por peri-tubo, dar puntos
- ✚ Es frecuente la aparición de nauseas, vómitos y/o fiebre

PROTOCOLO TORACOTOMÍA

NEUMONECTOMÍA, LOBECTOMÍA, CIRUGÍA PULMONAR, CIRUGÍA TRAQUEOBRONQUIAL, ETC.

Medidas generales P.O:

- + Cama en posición semiincorporada
- + Sentar al sillón a las 24 horas
- + Deambulación tras retirada de aspiración de drenajes.
- + Oxigenoterapia: mantener saturaciones >90% (FIO2 28-31%)
- + Fisioterapia respiratoria
- + Iniciar tolerancia oral a las 24 horas
- + Vigilar aparición de nauseas y vómitos (íleo paralítico por drenaje epidural)

Medicación:

- + Sueroterapia
- + Analgesia: perfusión por catéter epidural hasta retirada de drenajes
- + Analgesia i.v c/3h alternando analgésicos pautados y analgesia v.o previa al alta
- + HBPM.

Control de drenajes torácicos:

- + Drenaje sin aspiración:
 - o Vigilar altura de las columnas de líquido (evaporación)
 - o Vigilar fuga aérea (burbujeo sello de sellado) y sangrado (>de 100 cc/h ó > de 1500 cc/24 h avisar al cirujano torácico)
 - o Vigilar permeabilidad de los drenajes
 - o Anotar débito diario
 - o Cura y cambios de apósitos diarios, si están manchados se curarán en ese momento.
 - o La herida quirúrgica se deja al aire a las 24h de la intervención.
- + Drenajes con aspiración : Dos drenajes uno apical y otro basal (seguir protocolo de mantenimiento y vigilancia del pleur-evac)

Control de constantes:

- + -Primeras 48 horas p.o:
 - o Diuresis, Temperatura y P.V.C. horarias.
 - o Balance hídrico estricto.
- + -3º-5º día P.O :
 - o T.A, Diuresis, Temperatura y P.V.C. por turnos.
 - o Balance hídrico estricto

Exploraciones complementarias:

- + RX diarios mientras tengan los drenajes.
- + Hemograma, bioquímica, gasometría diarias los tres primeros días.
- + EKG: diario los tres primeros días de la intervención y previo al alta.

Medidas especiales:

- + Estado de drenajes.
- + fugas aéreas
- + Salida accidental de drenajes(fuga continua)
- + Sangrado
- + Permeabilidad de drenajes
- + Cura- cambio de apósitos.
- + Herida quirúrgica al aire
- + Enfisema subcutáneo.
- + Hipotensión.
- + Oliguria.
- + Disnea

MEDIASTINOSCÓPIA-MEDIASTINOTOMÍA

Medidas generales

- + Cama en posición semiincorporada
- + Sentar al sillón a las 6 horas
- + Oxigenoterapia: Mantener saturaciones >90%.
- + Fisioterapia respiratoria.
- + Iniciar tolerancia a las 6 horas

Medicación

- + Sueroterapia
- + Analgesia i.v. y v.o. previa al alta(c/3 h alternando analgésicos)
- + protector gástrico
- + HBPM

Drenajes:

- + No necesitan drenajes.
- + Drenaje torácico si abren la cavidad pleural (seguir protocolo)

Pruebas complementarias

- + RX Tórax previa al alta (diaria si tiene drenaje endotorácico)

Medidas Especiales:

- + Cura y cambio diario de apósitos.
- + Herida quirúrgica al aire.
- + Enfisema subcutáneo.
- + Disnea.
- + Hipotensión.
- + Disfonía.

VIDEOTORACOSCOPIA (VATS)

Medidas Generales

- ✚ Cama en posición semiincorporada.
- ✚ Sentar al sillón a las 24 h.
- ✚ Deambulación tras retirada de drenajes.
- ✚ Oxigenoterapia: Mantener saturaciones >90%.
- ✚ Fisioterapia respiratoria.
- ✚ Alta 2-5 días.
- ✚ Iniciar tolerancia a las 6-8 h.

Medicación

- ✚ Sueroterapia.
- ✚ Analgesia i.v. (c/3 h alternando analgésicos) y v.o. previa al alta.
- ✚ Protector gástrico
- ✚ HBPM.

Drenajes.

- ✚ 1 drenaje –aspiración (seguir protocolo).

Constantes.

- ✚ T.A., Diuresis, temperatura por turno.

Pruebas Complementarias.

- ✚ RX Tórax:
- ✚ Diaria si drenaje.
- ✚ Previa al alta.
- ✚ Analíticas(hemograma, bioquímica, gasometría) el primer día.

Medidas Especiales.

- ✚ Estado de drenajes s/protocolo.
- ✚ Fugas aéreas.
- ✚ Salida accidental de drenajes.
- ✚ Sangrado.
- ✚ Permeabilidad de drenajes.
- ✚ Cura y cambio diario de apósitos.
- ✚ Herida quirúrgica al aire.
- ✚ Enfisema.
- ✚ Hipotensión.
- ✚ Oliguria.
- ✚ Disnea.