

DRENAJE TORACICO DE EMERGENCIA

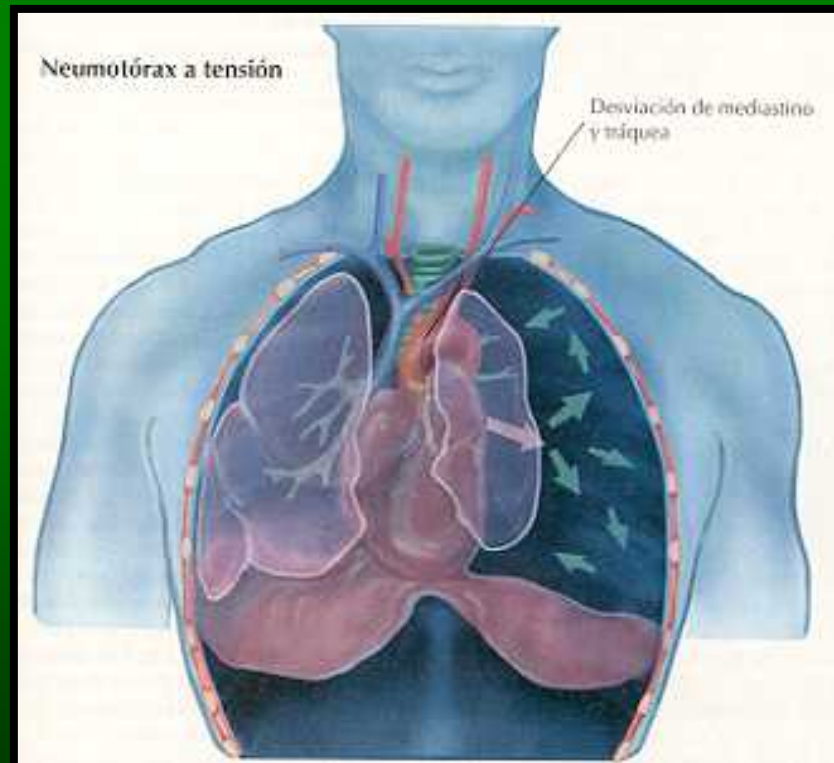
FISIOPATOLOGÍA



Neumotórax: presencia de aire dentro de la cavidad pleural



Neumotórax a tensión: la presión intrapleural excede a la presión atmosférica en la espiración



LESIONES TORÁCICAS CERRADAS

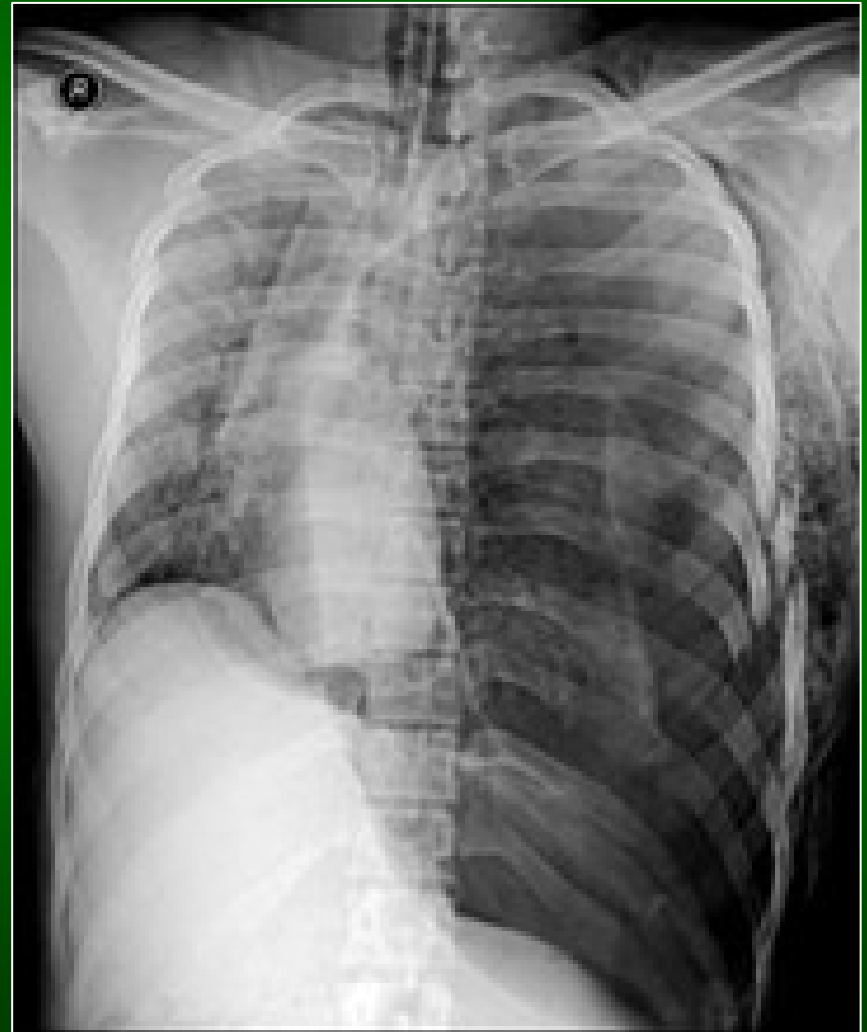
Sospecha de neumotórax:

- Impacto frontal del vehículo.
- Impacto lateral.
- Expulsión del vehículo.
- Vuelco.
- Atropello.
- Motoristas.
- Caída desde altura.
- Explosión.



CLÍNICA

- Murmullo vesicular: disminución o silencio.
- Disnea
- Taquicardia
- Hipotensión
- Cianosis
- Sudor frío
- Ingurgitación yugular.
- Asimetría torácica.
- Enfisema subcutáneo.
- Desviación traqueal.
- Agitación, angustia.



NEUMOTÓRAX A TENSIÓN

=

¡EMERGENCIA VITAL!

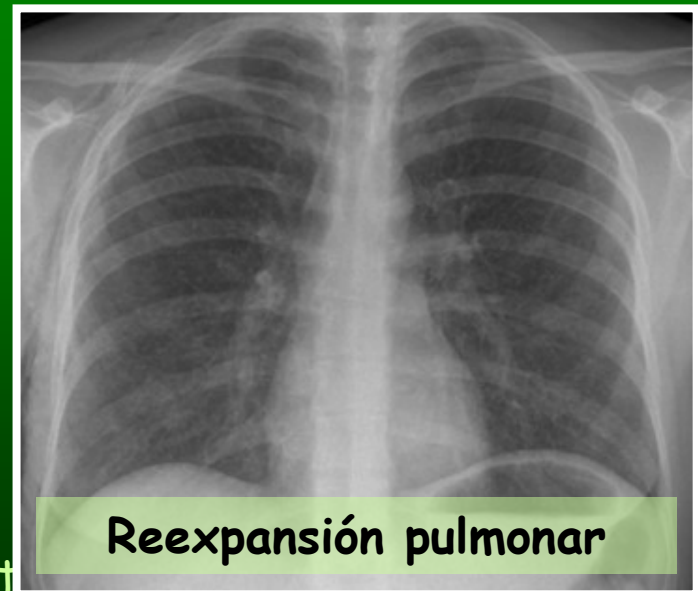
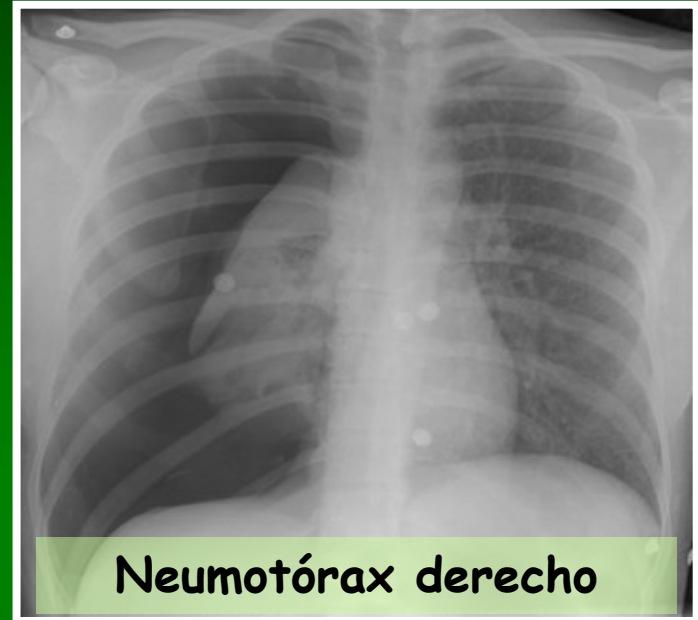


**¡TRATAMIENTO
INMEDIATO!**

DRENAJE TORÁCICO

OBJETIVOS:

- *Evitar la aparición de neumotórax a tensión.
- *Liberar la cavidad pleural de aire o líquido excesivo.
- *Restaurar la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar.



PLEUROCATH

EQUIPO DE DRENAJE PLEURAL

CADA EQUIPO INCLUYE:

- > Aguja de punción protegida.
- > Catéter radiopaco protegido por una vaina estéril.
- > Llave de tres pasos con conector metálico.
- > Conector cónico para recipiente aspirador.



PLEUROCATH

EQUIPO DE DRENAJE PLEURAL

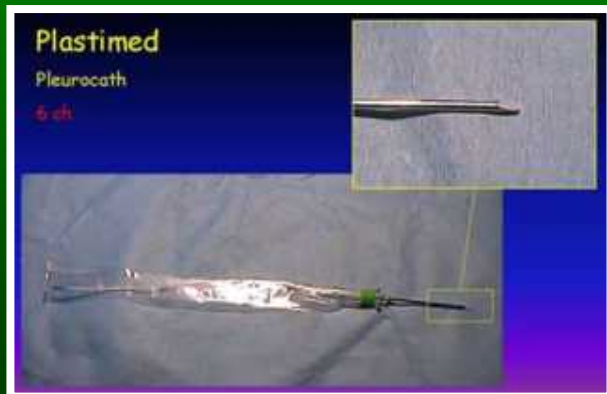
- Tubo no colapsable: polietileno radiopaco.
- Técnica de colocación aséptica, fácil y rápida.
- Conexiones transparentes.



PLEUROCATH

EQUIPO DE DRENAJE PLEURAL

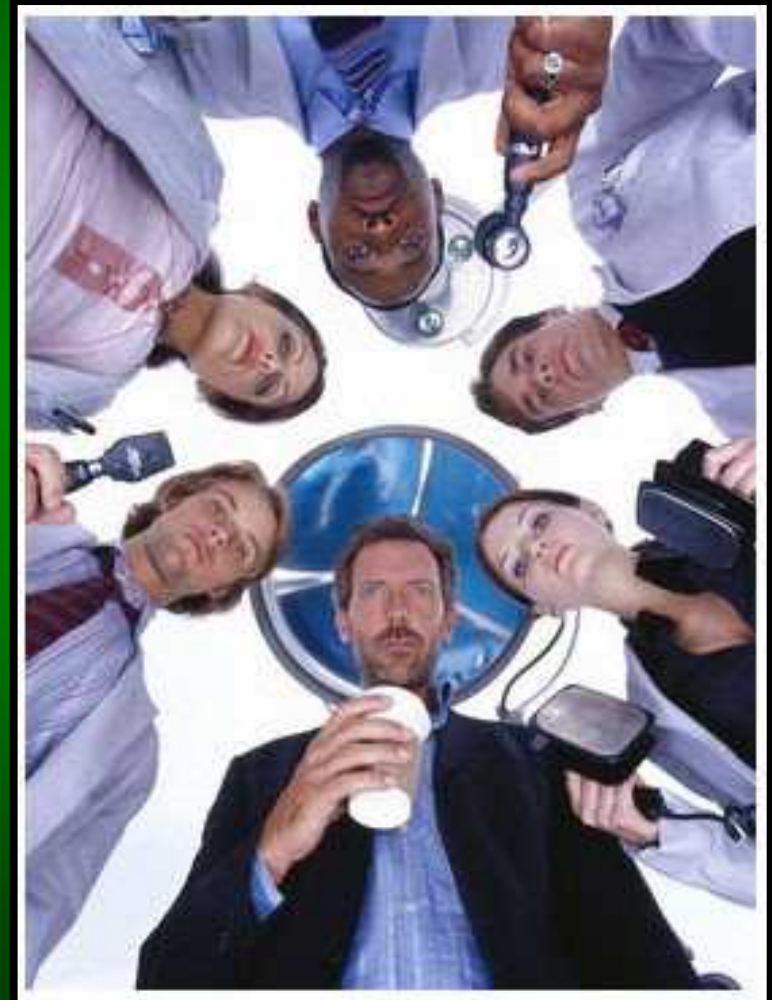
- Facilita la movilidad inmediata del paciente: con válvula Heimlich.
- Válvula con conexión Luer-lock para el recipiente aspirador.
- Aguja tribiselada de paredes finas.
- Tamaño neonatal, pediátrico y adulto.



TÉCNICA DE DRENAJE TORÁCICO CON PLEUROCATH

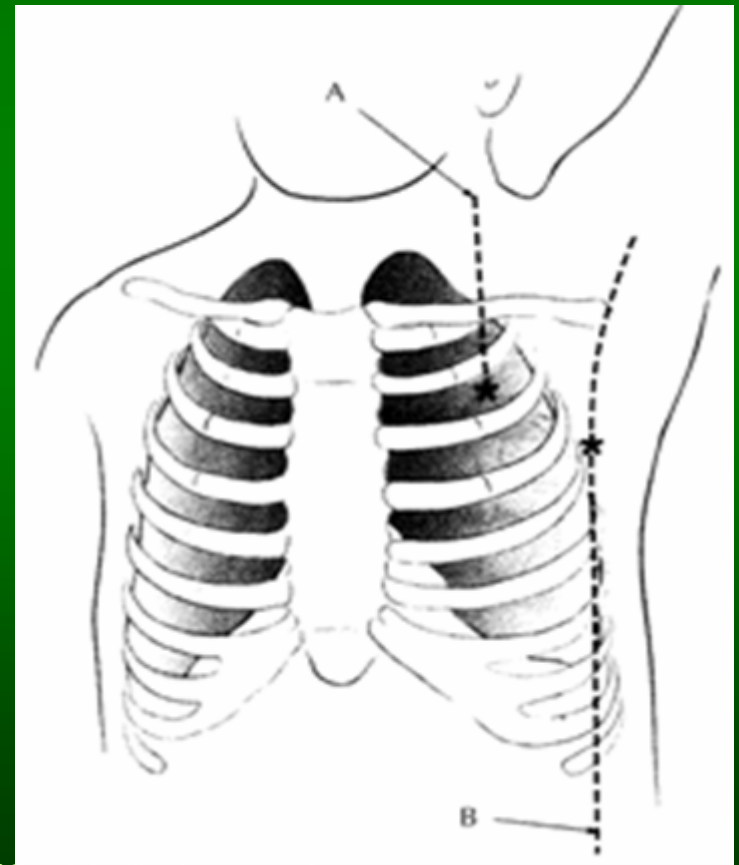
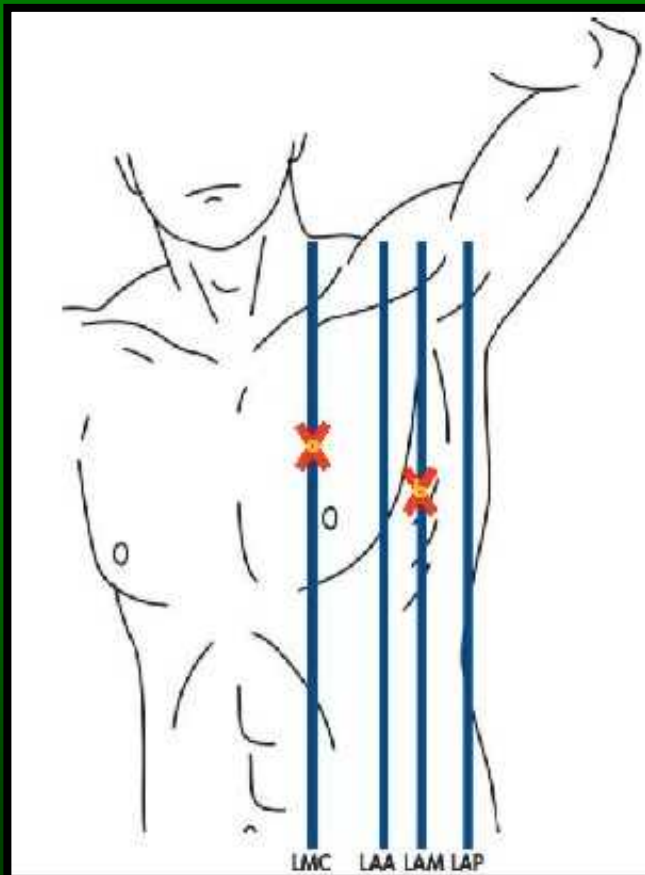
PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- ☑ Oxigenoterapia previa.
- ☑ Monitorización: ECG
T.A.
SatO2
- ☑ Vía venosa periférica.



TÉCNICA DE DRENAJE TORÁCICO CON PLEUROCATH

Localizar 2º espacio intercostal, línea media claviclar.



TÉCNICA DE DRENAJE TORÁCICO CON PLEUROCATH

¿Desinfectar?



¿Rasurar?

¿Anestesiar?

¿Campo estéril?

Carlos Piquer - Montserrat Figuera

TÉCNICA DE DRENAJE TORÁCICO CON PLEUROCATH

Introducir la aguja:

- perpendicularmente al tórax.
- Con jeringuilla con suero fisiológico.
- Por encima de la 3ª costilla.

Introducir el catéter: 2/3 de su longitud.

Carlos Piquer - Montserrat



TÉCNICA DE DRENAJE TORÁCICO CON PLEUROCATH

- Conectar el catéter con la llave de tres pasos y la válvula Heimlich.
- Fijar.

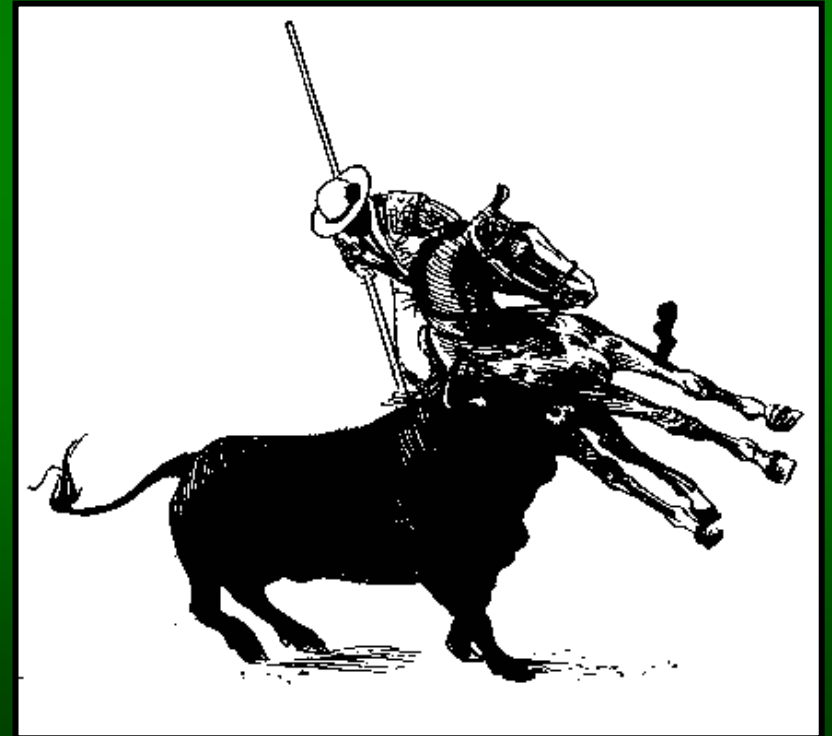


TÉCNICA DE DRENAJE TORÁCICO CON PLEUROCATH



POSIBLES COMPLICACIONES:

- ✓ Obstrucción del catéter por sangre.
- ✓ Punción del pulmón.
- ✓ Enfisema subcutáneo.
- ✓ Laceración del paquete neurovascular intercostal.



CASO CLÍNICO 1

- Aviso: caída a un patio interior desde unos 5 mts.



Carlos Piquer - Montserrat Figuera



CASO CLÍNICO 1

Estado clínico inicial:



- Varón, 29 años, decúbito supino.
 - ✓ Disnea.
 - ✓ TCE: Glasgow 3.
 - ✓ T.A. 110/80. Taquicardia sinusal a 186 x'.
 - ✓ Traumatismo abdominal.
 - ✓ Traumatismo torácico: silencio auscultatorio en hemitórax izquierdo.

CASO CLÍNICO 1

Evolución y maniobras realizadas:

- ✓ Collarín cervical.
- ✓ Ventilación con balón de resucitación.
- ✓ Canalización vía periférica.
- ✓ Sedoanalgesia: Dormicum y Fentanest.
- ✓ Relajación: Anectine y Tracrium.
- ✓ Mascarilla Fastraach nº5.
- ✓ Camilla de palas.



CASO CLÍNICO 1



Evolución y maniobras realizadas:

- ✓ T.A.: 60 mmhg. SatO₂: 56%.
- ✓ Reposición agresiva de flúidos.
- ✓ Inserción de catéter pleural.
- ✓ En 2-3 minutos: T.A.S.: 85 mmhg.
SatO₂: 88%.
- ✓ Traslado al hospital.
- ✓ Exitus a los 60'.

CASO CLÍNICO 2



AVISO: intento autolítico.

- Precipitación desde el tercer piso a las 23:50.
- Llegada a las 23.52.



Carlos Piquer

CASO CLÍNICO 2

Estado clínico inicial:

- ✓ Varón, 40 años, decúbito supino.
- ✓ Respiración espontánea.
- ✓ TCE: Glasgow 3.
- ✓ T.A.: 120/70 FC.:60x' SatO2: 83%.
- ✓ Fractura antebrazo derecho.
- ✓ Traumatismo torácico: silencio auscultatorio en hemitórax derecho.

CASO CLÍNICO 2

Evolución y maniobras realizadas:

- ✓ Collarín cervical.
- ✓ Canalización vía periférica.
- ✓ Mascarilla de O2 con reservorio.
- ✓ Sedoanalgesia: Dormicum y Fentanest.
- ✓ Relajación: Anectine.
- ✓ Intubación: TET nº 8 y conexión a respirador.

CASO CLÍNICO 2

Evolución y maniobras realizadas:

- ✓ Camilla de palas.
- ✓ F.C: 45-50 x' . SatO₂:65%.
- ✓ Inserción de catéter pleural.
- ✓ Durante el traslado PCR: RCP avanzada.
- ✓ Recuperación en Urgencias del Hospital.
- ✓ Exitus a los 45 minutos.

CASO CLÍNICO 2



Zaragoza 8 de Septiembre de 2007

Carlos Piquer - Montserrat Figuera

CONCLUSIONES



Valorar siempre la posibilidad de existencia de hemoneumotórax en el paciente traumático.



Técnica agresiva pero sencilla de realizar.



Mejoría clínica prácticamente inmediata.



Sin complejos: diagnóstico y abordaje inmediato aun con hospital de referencia cercano.