

Nº 173-2018-HCH/DG.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO, HEREDIA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 27 de junio de 2018

Visto el Expediente N°15869-2018, que contiene el Oficio N°168-2018-DEITD/HCH, del 13 de junio de 2018, del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, publicada el 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, con el Oficio N°168-2018-DEITD/HCH, del 13 de junio de 2018, del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia, se remite el proyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial de Toracocentesis, elaborada en el Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas para su revisión y aprobación respectiva;

Que, con el Informe Técnico N°048-OGC-2018-HCH, del 15 de junio de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral el proyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial de Toracocentesis, elaborada en el Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia;



Que, el artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutorios en asuntos que sean de su competencia;



Que, la Resolución Directoral N°127-2008-SA-HCH/DG, del 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N°001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimientos Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;



Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos para alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente aprobar el proyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial de Toracocentesis, presentado por la Jefa del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia;

Estando a lo solicitado por el Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia, lo recomendado por la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N°536-2018-OAJ-HCH, resulta procedente aprobar la Guía de Procedimiento Asistencial de Toracocentesis;

Con el visto de la Jefa del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas, de las Jefas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en la Decreto Legislativo N°1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado con Decreto Supremo N°007-2016-SA, Ley del Procedimiento Administrativo General N°27444, y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la **GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL de TORACOCENTESIS**, elaborada en el Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia, que en anexo se adjuntan y forman parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía de Procedimiento Asistencial de Toracocentesis aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la Publicación de la referida Guía de Procedimiento Asistencial del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia aprobada en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Cayetano Heredia.

Regístrese y Comuníquese



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E: 9834

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
EL PRESENTE DOCUMENTO ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
28 JUN. 2018
EMILIANO ELIAS SUAREZ QUISPE
ASISTENTE ADMINISTRATIVO
FRANCO ANTENOR

**DEPARTAMENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, TROPICALES Y
DERMATOLÓGICAS****SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN****GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL
TORACOCENTESIS****I. NOMBRE Y CÓDIGO**

Procedimiento Asistencial Toracocentesis

Código: 32000

II. DEFINICIÓN

2.1. Definición del procedimiento: Toracocentesis: se define como la técnica que permite la extracción de una acumulación anormal de aire o líquido entre la pleura visceral y parietal, mediante la inserción percutánea de una aguja o catéter en el espacio pleural

2.2. Objetivo del procedimiento: El objetivo de la guía de procedimiento asistencial de toracocentesis es proporcionar recomendaciones fácilmente accesibles y exhaustivas a los profesionales médicos que realizan el procedimiento.

2.3. Aspectos epidemiológicos importantes: No aplica

III. RESPONSABLES

La presente guía de procedimiento asistencial de toracocentesis es de aplicación obligatoria para todos los profesionales médicos que realizan el procedimiento en el Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas del Hospital Cayetano Heredia.

El procedimiento debe ser realizado por el Médico Residente con supervisión del Médico Asistente

IV. INDICACIONES**4.1. Indicaciones diagnósticas:**

- Obtención de una muestra de un derrame pleural.
- Derrames paraneumónicos para filiar el agente etiológico y distinguir los complicados de los no complicados.
- Derrames pleurales significativos (>10 mm de grosor en la radiografía de tórax realizada en decúbito lateral).

4.2. Indicaciones terapéuticas:

- Neumotórax a tensión.
- Neumotórax y/o hemotórax de gran tamaño (ocupación de más del 20% del volumen del hemitórax o a efectos prácticos cualquiera que sea sintomático).
- Derrame pleural en cantidad suficiente para producir dificultad respiratoria.
- RN con neumotórax sintomático y Silverman > 4 (sin enfermedad pulmonar subyacente ni ventilación mecánica con presión positiva ni fístula o fuga de aire continua).

V. CONTRAINDICACIONES**5.1. Contraindicaciones absolutas**

No existen si se realiza correctamente



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

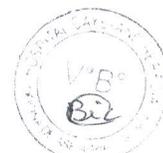
- En obesos se debe escoger preferiblemente el lado izquierdo porque la pared abdominal es más delgada y la profundidad del líquido ascítico es mucho mayor en esta región que en la línea media.
- De escoger el lado lateral, se debe insertar la aguja lateral al musculo recto para evitar punzar la arteria epigástrica.
- Al escoger la zona de punción asegurarse de la presencia de ascitis sugerida por una matidez de ese lugar.
- Si se cuenta con un ultrasonido, se debe escoger el lugar que contiene mayor cantidad de líquido, pero que no sea cercano al intestino u órganos sólidos, sobre todo en pacientes con sobre peso y aquellos que tienen múltiples cicatrices.
- Idealmente se debe marcar el sitio escogido.

Limpieza y colocación de la anestesia:

- Una vez colocado el punto de inserción, utilizar la técnica aséptica de limpieza con solución yodada y luego retirar todo lo yodado con alcohol, esperar que la piel seque.
- Retire lo guantes y colóquese unos nuevos estériles.
- Proceda a colocar la anestesia con aguja corta y delgada (1 ml de 1 ó 2% de lidocaína) en la epidermis del sitio de entrada.
- La técnica de colocación de anestesia es desde los tejidos profundos y avanzando lentamente en la trayectoria probable para el procedimiento mientras se inyecta anestesia y se aspira (permite asegurar que la aguja no penetre vasos sanguíneos).
- Usted sentirá la pérdida de resistencia una vez que la aguja penetra la actividad peritoneal.
- Detener el avance de la aguja, al observar líquido peritoneal en la jeringa e inyectar 3-5 ml de anestésico adicional para anestesiar el peritoneo altamente sensible. Generalmente se usa de 5-10 ml de lidocaína.

Inserción de aguja:

- Luego de la colocación de la anestesia, esperar 5 minutos para realizar la punción.
- Colocar una jeringa de 5-10 ml en el catéter para realizar la extracción.
- Realizar una pequeña punción con catéter de aguja larga (numero 18).
- Las dos técnicas aceptables son:
 1. Inserción angular formando un Angulo de 45 grados esto permite fácilmente atravesar la epidermis y luego continuar su trayectoria por el tejido subcutáneo y en la cavidad peritoneal.
 2. En la técnica Z, la piel se jala 2 cm hacia caudal antes de que la aguja sea insertada y avance. Cuando la aguja se retira la entrada cutánea se repone a su lugar de origen. Este método previene la sobreposición directa del sitio de inserción cutánea y la inserción peritoneal, teóricamente minimiza el riesgo de fuga del líquido ascítico luego del procedimiento.
- Mantener la jeringa con tu mano dominante y extraer la aguja con tu mano no dominante.
- Descansar tu mano no dominante sobre la piel del paciente el cual permitirá retirar directamente la aguja del tejido subcutáneo.
- Avanzar la aguja en trazos pequeños (2-3 mm), intermitentemente jalando hacia atrás el embolo de la aguja.
- Se pierde la resistencia al entrar a la cavidad peritoneal y se observa la salida del líquido peritoneal, se deja de avanzar y se retira la aguja para la recolección del líquido 30-60 ml si es solo para estudio.
- Si se requiere extraer mayor cantidad de líquido, se debe extraer la aguja y dejar el catéter conectado una conexión de alta presión y luego evacuar en un contenedor.
- Una vez que se retiró el líquido necesario, sera para estudio o evacuatorio, se retira el catéter y se coloca una gasa oclusiva.
- El paciente debe permanecer acostado en decúbito.



**Abordaje y lugar de Punción (Anexo 1-2):**

- Anterior: paciente en decúbito supino, cabecera de la cama elevada 30° y elevación del brazo por encima de la cabeza. Zonas de punción: 2° EIC en línea media clavicular o 4° EIC en línea media axilar. Indicado en neumotórax, neumotórax a tensión, cualquier drenaje en niño pequeño, poco colaborador o enfermo grave
- Posterior: paciente sentado, ligeramente inclinado hacia delante y brazos apoyados sobre una mesa. Punto de punción: 5-7° EIC, en línea axilar posterior o línea media escapular. Indicado en evacuación de derrame pleural, niño mayor y/o colaborador

Limpieza y colocación de la anestesia:

- Limpie y cubra al paciente utilizando la técnica aséptica. Limpie la piel con clorhexidina / Iodopovidona y permita que la piel se seque.
- Palpe de nuevo para encontrar el espacio intercostal donde va a insertar la aguja. Una vez que le inyectó el anestésico, es posible que no pueda palpar el área otra vez porque los puntos de referencia anatómicos se confundirán.
- Infiltración de anestésico local por planos (piel, tejido celular subcutáneo, músculos y pleura). Aspirar a la vez que se infiltra, para confirmar la penetración en el espacio pleural y la presencia de aire.

Inserción de aguja (Anexo 3):

- Por el mismo punto, introducir aguja o catéter sobre aguja del calibre correspondiente, unida a jeringa con 2 ml de SSF con un ángulo de 60°, por encima del borde superior de la costilla inferior (evitar paquete vasculonervioso intercostal), hasta alcanzar el espacio intercostal. Rectificar la inclinación a 90° y avanzar cuidadosamente hasta notar una disminución de resistencia (o bien burbujeo o retroceso del émbolo).
- Avanzar el catéter, retirar la aguja, y conectar el catéter a la llave de tres pasos. Aplicar la pinza hemostática a (A) (B). Abordaje anterior. 2° EIC línea media clavicular (A). 4° EIC línea media axilar (B). Abordaje posterior. 5-7° EIC línea axilar posterior. Nivel de la piel, para mantener constante la profundidad de la inserción mientras se realiza la aspiración.

Obtención del líquido pleural:

- Aspirar mediante la llave de tres pasos conectada a una jeringa. Se colocará en el caso de hemotórax la válvula de Heimlich si existe riesgo de entrada de aire del exterior a la pleura (ver sistemas de drenaje torácico).
- En caso de derrame, extraer inicialmente de 50 a 100 ml de líquido y valorar el estado clínico del paciente antes de continuar la aspiración.
- Recoger muestra en tubos estériles para:
 - o Recuento celular.
 - o Tinción de Gram.
 - o BAAR.
 - o Cultivo.
 - o Citología.
 - o Estudio anatomopatológico.
 - o Proteínas, glucosa y amilasa, LDH, gases.

Después de la punción

- Hacer radiografía de tórax. Valorar la cantidad extraída. Descartar la existencia de neumotórax.
- Proceda a la disposición adecuada de los objetos punzo cortantes y el material que haya tenido contacto con el fluido
- Etiquete los tubos con la fecha, la identificación del paciente y el número de historia clínica y verifique su envío al laboratorio correspondiente.

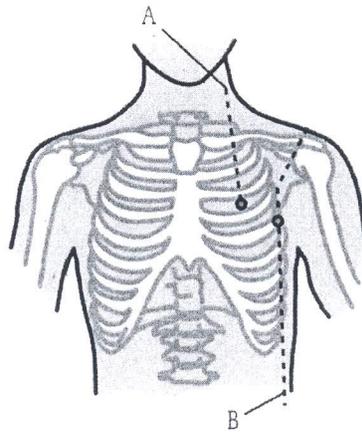


"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

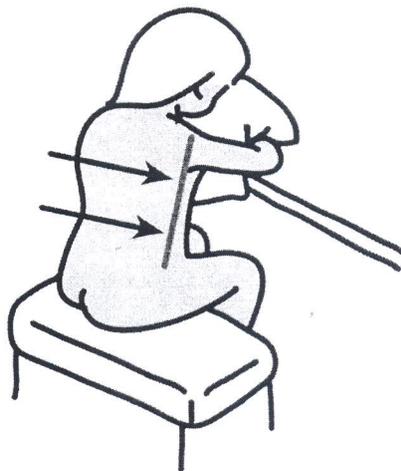
IX. Complicaciones:

- Mayores:
Hemotórax (lesión vasos intercostales).
Neumotórax.
Punción accidental pulmón, hígado, bazo o riñón.
Infección cavidad pleural (< 2%).
Edema pulmonar con hipoxemia e hipotensión grave tras evacuación de derrames masivos o tras una reexpansión rápida del pulmón colapsado.
- Menores:
Reflejo vasovagal.
Dolor en la zona de punción.

Anexos:



Anexo1: Abordaje anterior. 2º EIC línea media clavicular (A). 4º EIC línea media axilar (B).

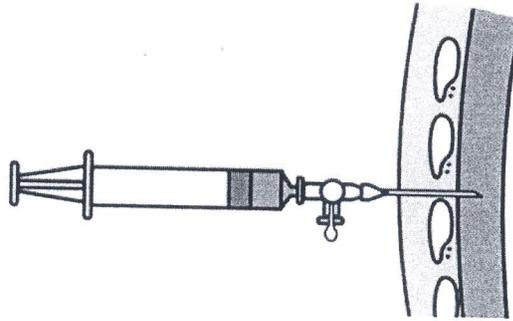


Anexo2: Abordaje posterior. 5-7º EIC línea axilar posterior.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



Anexo 3: Técnica de punción.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Javier Pérez-Lescure Picarzo. Toracocentesis: punción pleural. Asociación Española de Pediatría. 2016. Disponible en:
<https://continuum.aeped.es/files/herramientas/TORACOCENTESIS.pdf>
2. Guía de manejo médico: toracocentesis. CLINICA VERSALLES. Mayo 2015. Disponible en:
<http://www.clinicaversalles.com.co/cms3Mar2017/images/ymolina/GuiasDeManejo/CIRUGIA/cv-gm-qx-020-toracocentesis%20v2.pdf>
3. Manual SEPAR de procedimientos. Sociedad Española de Neumología y cirugía de Tórax. Barcelona 2005. Disponible en:
<https://issuu.com/separ/docs/procedimientos8>
4. Todd W. Thomsen, MD, Jennifer DeLaPena, MD, y Gary S. Setnik, MD. Toracentesis. N Engl J Med 2006; 355: e16. NEJM. Disponible en:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc053812>

