

RD-9

CONTROL Y CUIDADO DE DRENAJES QUIRÚRGICOS

Fecha de revisión 11-sep-10

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Alarcón Barcos, Francisca	Supervisora Unidad de la Mujer: Gestantes y Ginecología
Contreras Puertas, M ^a . Jesús	Enfermera Unidad de la Mujer: Puerperio
De Gracia Gutiérrez, María	Enfermera Unidad de la Mujer: Gestantes y Ginecología
Florez Almonacid, Clara Inés	Enfermera Unidad Investigación e Innovación de Cuidados
Galván Ledesma, José	Supervisor Unidad Investigación e Innovación de Cuidados
Corrales Mayoral, M ^a . Teresa	Jefa de Bloque Hospitalización Materno-Infantil
Navarro Díaz, Concepción	Supervisora Unidad de la Mujer: Puerperio
Romero Bravo, Ángela	Jefa de Bloque Cuidados Críticos y Urgencias, y Unidad Investigación e Innovación de Cuidados
Toro Santiago, Joaquín	Supervisor Unidad Cirugía Pediátrica

1. OBJETIVO:

- Vigilar la permeabilidad del sistema de drenaje y evitar posibles complicaciones como infecciones, hemorragias, pérdida excesiva de líquidos, arrancamientos involuntarios y dehiscencias de la sutura.

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- Los drenajes en las heridas se utilizan terapéuticamente para: eliminar y evitar las acumulaciones de líquido, desvío de los fluidos, facilitar el control de la pérdida de líquido y permitir el acceso a las irrigaciones. (Nivel IV)
- Un sistema de drenaje eficaz: acelera el proceso de curación, elimina el espacio muerto, promueve la aproximación de tejidos, reduce al mínimo el riesgo de infección y disminuye el dolor postoperatorio. (Nivel IV)
- La colocación de drenajes en la herida puede ser superficial o profunda. (Nivel IV)
- Hay dos tipos de drenajes:
 - Abierto.- Canal artificial, en la herida, que permite el drenaje de líquidos al exterior.

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- Cerrado.- Consiste en un tubo de drenaje perforado que se coloca dentro de la herida y se conecta a una botella de drenaje para extraer el líquido de la herida mediante presión negativa. (Nivel I)
- El uso de los drenajes en las heridas pueden causar: infección del sitio de drenaje y hemorragias en los vasos sanguíneos adyacentes durante la retirada, necrosis por decúbito, fístulas residuales, reacción por cuerpo extraño, evisceraciones, eventraciones, cicatrizaciones defectuosas (Nivel IV)
- En un estudio sobre el cáncer de mama, la estancia hospitalaria más corta y sin aumento de la morbilidad quirúrgica o física se asoció con las pacientes que no tuvieron drenaje. (Nivel II)
- Los pacientes de cirugía ortopédica con drenajes cerrados con aspiración requieren más transfusiones de sangre, mientras los que no tienen drenajes presentan más hematomas y requieren refuerzo de los apósitos compresivos. No hay pruebas suficientes para apoyar el uso de drenajes cerrados de succión de la herida después de la cirugía ortopédica. (Nivel I)
- Los drenajes de succión son menos dolorosos que los drenajes pasivos. (Nivel I)
- Los drenajes cerrados comparativamente con los abiertos presentan una menor incidencia de colección intra-abdominal, menos complicaciones en el tórax y disminución de la estancia hospitalaria. (Nivel I)
- Los cuidados de enfermería reducen los riesgos de complicaciones en los drenajes de las heridas. (Nivel IV)
- Se recomienda recurrir al juicio clínico en la utilización de los drenajes, debido a la falta de pruebas que apoya su uso frente a los efectos secundarios potenciales de infección y mayor hospitalización que pueden tener. (Grado B)
- Debido al aumento del riesgo de infección no se recomienda el drenaje abdominal de rutina para la colecistectomía laparoscópica no complicada. (Grado A)

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Antiséptico (povidona yodada o polihexamida al 0,1%).
- Apósitos quirúrgicos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Bolsas de drenaje.
- Carro de curas.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Paños estériles.
- Set de curas.
- Sistema de drenaje estéril.
- Soporte de drenaje.
- Suero salino fisiológico, polihexamida al 0,1%.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Informe al paciente del procedimiento a realizar. Solicite su colaboración siempre que sea posible. (Grado C)
2. Pregunte sobre alergias a los productos de limpieza de heridas.
3. Garantice la intimidad del paciente.
4. Verifique si existe riesgo que se produzcan aerosoles o salpicaduras de fluidos biológicos que puedan contaminar piel y mucosas, y cuando existan signos de enfermedades respiratorias agudas.
5. Confirme que el enfermo se haya duchado si sus condiciones lo permiten, o bien, se ha realizado la higiene del enfermo en cama.
6. Traslade el carro de curas junto al paciente.
7. Efectúe higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
8. Coloque al paciente en la postura adecuada para realizar el procedimiento.
9. Descubra sólo la zona en la que se va a realizar la cura.
10. Si fuese necesario, proteja la cama con el empapador.
11. Prepare el campo estéril en una bandeja del carro de curas o en una mesa auxiliar.
12. Abra el paquete de gasas y el equipo de curas siguiendo una técnica aséptica y dépositelos en el campo estéril.
13. Retire suavemente el apósito o bolsa del drenaje utilizando guantes no estériles, humedeciéndolo, si es preciso, con suero fisiológico. Pliéguelo sobre sí mismo para que no contamine y deposite en la bolsa de residuos junto con los guantes usados.
14. Valore el drenaje: permeabilidad, color y olor, cantidad y características del drenado, estado del sitio y los bordes de inserción, puntos de fijación del drenaje, tipo de exudado, etc.
15. Colóquese los guantes estériles.
16. Drenajes abiertos:
 - Limpie la zona alrededor del punto de inserción desde dentro hacia afuera con gasas estériles empapadas con suero fisiológico o polihexamida al 0,1%. Deje secar y aplique antiséptico.
 - En drenajes pasivos por capilaridad (gasa, tejadillo, penrose...):
 - Retire y limpie el exceso de exudado, ya sea con una gasa o por irrigación con suero fisiológico o polihexamida al 0,1%.
 - Cubra la herida con el número de gasas o compresas suficientes para absorber el exudado y fijelas a la piel.
 - Cuando el exudado sea muy abundante utilice bolsas colectoras.
 - Si existe evidencia de infección, incluyendo sintomatología clínica, tome una muestra para cultivo de la secreción.
 - En drenajes pasivos por gravedad (Kehr):
 - Recubra el punto de inserción con gasas o compresas suficientes y fijelas a la piel.
 - Conecte el drenaje a una bolsa colectora.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO: (continuación)

17. Drenaje cerrado con aspiración:

- Cierre la pinza del drenaje.
- Desconecte el sistema de vacío y sustituya por uno nuevo. Mantenga el sistema de vacío y abra la pinza.
- Cuantifique el contenido.
- Coloque en el sitio de inserción una gasa estéril doblada por debajo del tubo de drenaje y otra por encima y fíjelas.

18. Instale al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.

19. Deseche el material utilizado.

20. Retírese los guantes.

21. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)

22. Lávese las manos.

23. Si evidencia signos de infección, hemorragia o cualquier otra anomalía avise al facultativo.

24. Instruya al paciente y cuidador principal para comunicar al personal de enfermería cualquier cambio que se produzca en el drenaje.

25. Registre la cantidad y las características del drenaje, y condiciones de la piel.

26. Mantenimiento del drenaje:

- Evalúe la permeabilidad del drenaje y la integridad de la piel. (Nivel IV)
- Observe las características del drenado y vacíe frecuentemente el contenedor. (Nivel IV)
- En drenajes cerrados con aspiración, cambie la bolsa colectora cuando esté llena en sus 2/3 partes a fin de mantener una succión efectiva. (Nivel IV)
- Realice las curas de acuerdo a la situación del enfermo y cambie los apósitos siempre que estén húmedos o manchados, especialmente, si las secreciones son irritantes. (Nivel IV)

27. Retirada del drenaje:

- Verifique la orden médica
- Hágalo después de la cura.
- Emplee técnica aséptica.
- Quite el vacío del sistema colector.
- Retire los puntos de sutura que sujeten el drenaje.
- Tire suavemente del drenaje, deteniendo la maniobra si se encuentra alguna resistencia, y observe que el catéter ha salido íntegro.
- Deseche el drenaje en la bolsa de residuos.
- Observe si el orificio de salida drena algún tipo de exudado.
- Limpie la zona con antiséptico y deje una gasa sujeta a la piel.

5. BIBLIOGRAFIA:

- Afrainin Nur, Syah. "*Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions*". JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
http://www.jbiconnect.org/acutecare/docs/jbi/cis/connect_gu_view_summary.php?SID=5748
- Cameron, J. "*Exudate and care of the peri-wound skin*". Nursing Standard; 2004. 19: 7, 62-68.
- Fletcher, Jacqui. "*Exudate theory and the clinical management of exuding wounds*". Nursing Times.net 2002.
- Gurusamy, K.S. & Samraj, K. "*Routine abdominal drainage for uncomplicated open cholecystectomy*". Cochrane Database Syst Rev. 2007; 2.
- Gurusamy, K.S. & Samraj, K. "*Wound drains after incisional hernia repair*". Cochrane Database Syst Rev. 2007; 1.
- Gurusamy, K.S.; Samraj, K. & Davidson, B. R. "*Routine abdominal drainage for uncomplicated liver resection*". Cochrane Database Syst Rev. 2007; 3.
- Gurusamy, K.S.; Samraj, K.; Mullerat, P. & Davidson, B.R. "*Routine abdominal drainage for uncomplicated laparoscopic cholecystectomy*". Cochrane Database Syst Rev. 2007; 4.
- Munn, Zachary. "*Wound Drains: Clinician Information*". Infection Control. JBI Database of Evidence Summaries. 2007.
http://www.jbiconnect.org/connect/docs/cis/es_html_viewer.php?SID=5131&lang=en®ion=AU
- Parker, M.J.; Livingstone, V.; Clifton, R. & McKee, A. "*Closed suction surgical wound drainage after orthopaedic surgery*". Cochrane Database Syst Rev. 2007; 3.
- Purushotham, A.; McLatchie, E.; Young, D.; George, W.; Stallard, S.; Doughty, J; Brown, D & Farish, C. "*Randomized clinical trial of no wound drains and early discharge in the treatment of women with breast cancer*". Br J Surg. 2002; 89(3):286-292.
- Samraj, K. & Gurusamy, K.S. "*Wound drains following thyroid surgery*". Cochrane Database Syst Rev. 2007; 4.
- Sánchez-Ortiz, R.; Madsen, L.; Swanson, D.; Canfield, S. & Wood, C. "*Closed suction or penrose drainage after partial nephrectomy: does it matter?*" J Urol. 2004; 171(1):244-246.
- Scanlon, Andrew. "*Wound Drainage (Post-Surgery): Closed Suction vs No Drainage. Wound Care*". JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
http://www.jbiconnect.org/connect/docs/cis/es_html_viewer.php?SID=6082&lang=en®ion=AU
- Selby, T. "*Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients*". Nursing Times (2009) 105: 18.
- Vuolo; Julie. "*Current options for managing the problem of excess wound exudate*". Nursing Times.net 2004.
- Walker, A.; Millar, K. & Murray, G. "*Randomized clinical trial of no wound drains and early discharge in the treatment of women with breast cancer*". Br J Surg. 2002; 89(3):286-292.