

DRENAJES.

Los drenajes son tubos u otros elementos que ayudan a evacuar líquidos o gases acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos. Estos sistemas comunican la zona en la que está acumulado el líquido o el gas, con el exterior o con un sistema adecuado.

Las sustancias pueden acumularse por diferentes motivos, como pueden ser traumatismos, abscesos o debido a una intervención quirúrgica para drenar el contenido residual.

También podemos insertar un drenaje cuando un órgano, que, generalmente está lleno, como puede ser la vejiga, debe estar vacío para favorecer la cicatrización tras una intervención quirúrgica.

INDICACIONES.

Los drenajes están indicados en:

- **ABSCESOS:** Los drenajes evacuarán las sustancias acumuladas en estos abscesos evitando el cierre en falso de los mismos, dejaremos que se cierre por segunda intención para evitar reinfecciones.

Cuando se suponga que la zona intervenida está infectada.

- **LESIONES TRAUMÁTICAS:** Cuando se origina un traumatismo hay mucho líquido extravasado, por lo que es necesario la colocación de un drenaje.

- **PROFILAXIS DE FUGA TRAS CIRUGÍA GENERAL:** Tras una cirugía siempre hay riesgo de fugas, por lo que colocaremos un drenaje por si se producen. Esto nos indicará también si existe riesgo de hemorragias.

Cuando no es segura la anastomosis de las vísceras, por su tamaño, presión, etc.

- **TRAS CIRUGÍA RADICAL:** Cuando se realizan grandes resecciones, se pierde gran cantidad de líquido linfático y sangre, que no debe acumularse.

Los drenajes son profilácticos o curativos.

Los **profilácticos** se colocan en intervenciones quirúrgicas para prevenir el acumulo de sustancias y valorar la presencia de hemorragia. Ayudan a evacuar todo el líquido que se acumula durante la intervención, evitando infecciones posteriores. También nos pueden ayudar a detectar fallos en la sutura.

Los profilácticos se colocan cuando se detecta un acumulo de sustancias en abscesos, hematomas, etc.

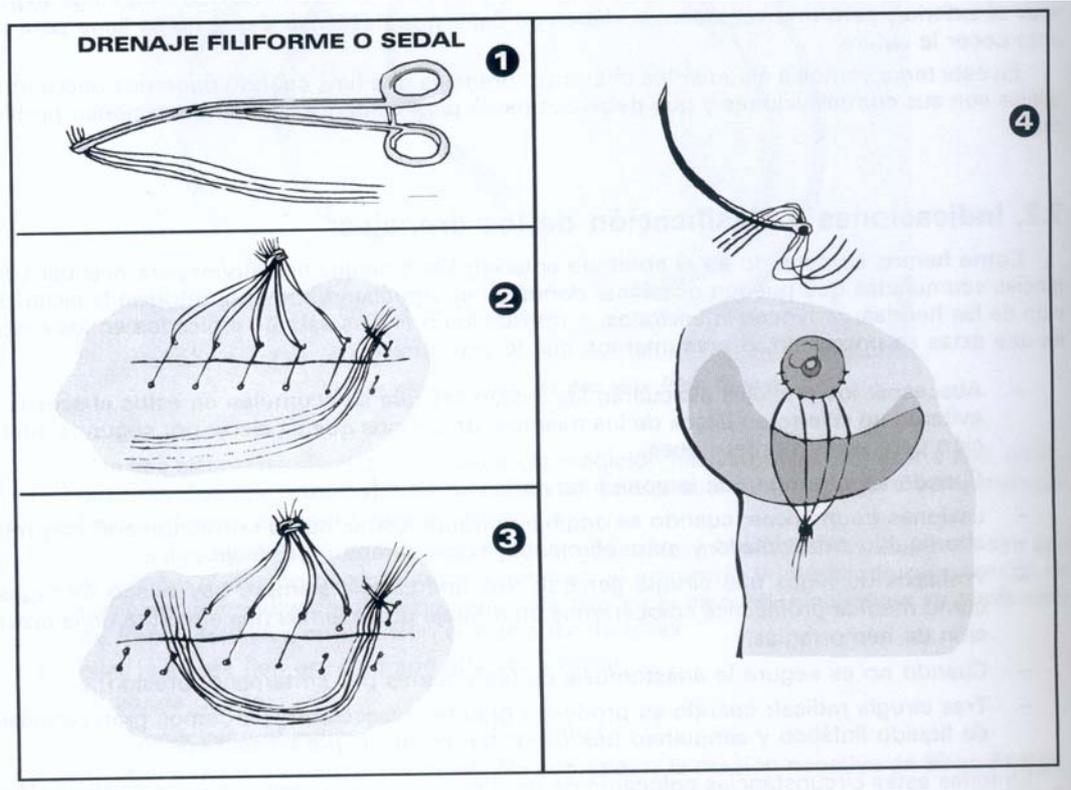
CLASIFICACIÓN DE LOS DRENAJES.

• **DRENAJES SIMPLES:** Los drenajes simples son aquellos en los que no se realiza ningún tipo de acción para favorecer la salida de la sustancia acumulada. Ésta sale por la presión que ejercen los órganos adyacentes sobre ella, por la fuerza de gravedad o por la capilaridad de los drenajes usados.

Dentro de este grupo nos encontramos:

* **DRENAJES FILIFORMES:** Estos drenajes se colocan en heridas pequeñas que contienen poca cantidad de sustancia a evacuar.

Consiste en dejar la incisión abierta metiendo un haz de hilos que pueden ser de nailon, algodón... gracias a la capilaridad de estos hilos, el líquido saldrá por esta cavidad. Si existen coágulos o sustancias no líquidas, estos drenajes no se podrán utilizar.



*** DRENAJE CON GASAS:** El drenaje con gasas es útil cuando tenemos colecciones líquidas contra la gravedad. Pueden moldearse con facilidad y tienen una gran capilaridad.

Para favorecer la capacidad de absorción, utilizaremos gasas de trama densa. Cuando las gasas no absorban más líquido, cambiaremos los apósitos extremos por otros secos para que sigan absorbiendo los líquidos que asciendan por las gasas introducidas.



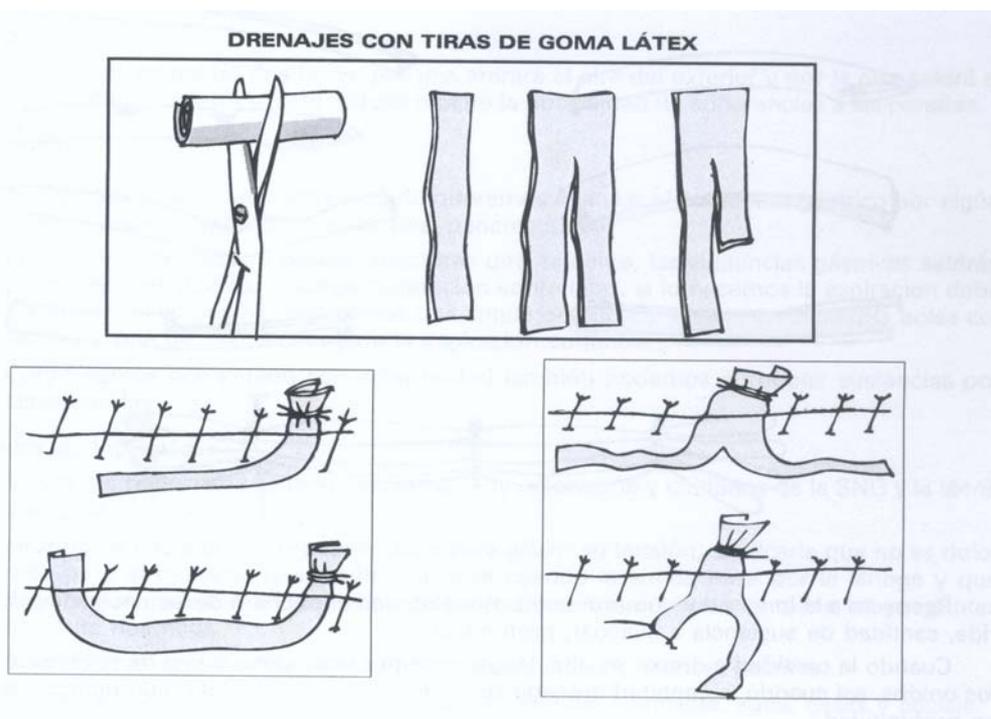
Se utilizan cuando hay heridas infectadas que debemos dejar cerrar por segunda intención, introduciendo cada vez menos gasa para que la herida se vaya cerrando por capas y no ocasiones reinfecciones.

Estas gasas pueden introducirse empapadas en diferentes fármacos para que realicen también una función terapéutica.

*** DRENAJES CON TIRAS DE GOMA:** Los drenajes realizados con tiras de goma blanda como pueden ser los dedos de los guantes, son muy usados al ser blandos y fáciles de colocar, además, no producen adherencia en los tejidos circundantes.



Se colocan en los extremos de la herida o realizando contrapuntos en la zona que la rodea. Son muchos más eficaces si no hay coágulos o restos de tejidos que puedan obstruir la salida.



Pueden cortarse al tamaño deseado.

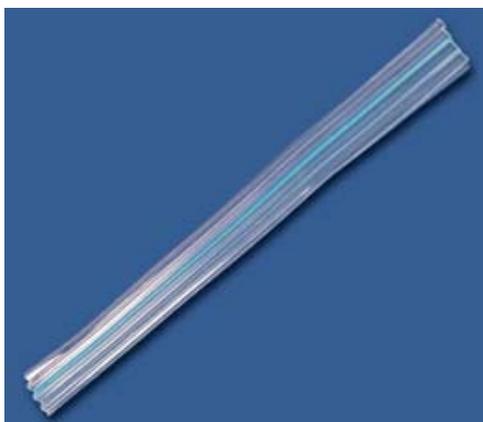
Pueden ser simples o bifurcadas, o ponerse varias tiras formando un drenaje en paralelo, que se



colocara con contrapuntos a pocos centímetros de la herida.

*** DRENAJES CON TUBOS DE GOMA O POLIETILENO:** Si usamos drenajes con tubos, hemos de tener en cuenta su rigidez, ya que pueden ocasiona úlceras por decúbito. Por otra parte, si los tubos son demasiado blandos, se colapsarán por la presión que ejercen los tejidos adyacentes. Los más utilizados son los tubos de polietileno, que son más flexibles que los de goma y más fáciles de encontrar.

Este tipo de drenajes puede ser conectados a sistemas de aspiración continua o intermitente y administrar fármacos u otros líquidos en las distintas cavidades.



Son utilizados para drenar cavidades y colecciones profundas. También para coágulos y restos sólidos.

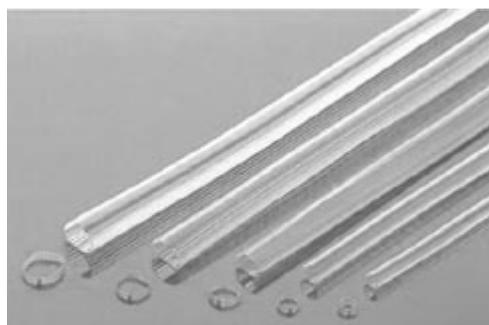
El diámetro y forma de los tubos,

vendrá dada en función de la cantidad que necesitemos drenar, igual que su longitud.



al

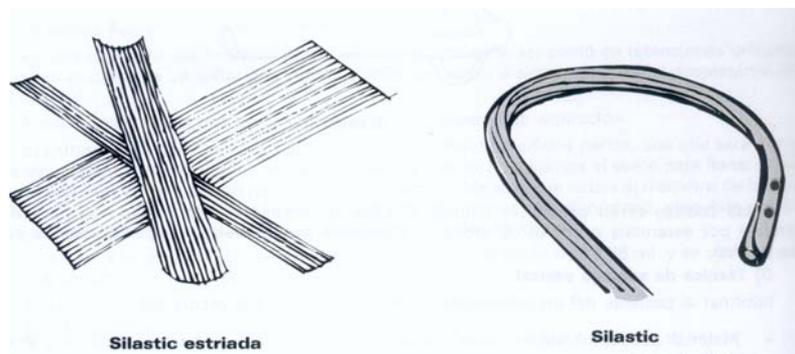
*** Penrose:** Es un tubo de látex blando de una sola luz muy utilizado actualmente. Puede ser de diferentes tamaños y la longitud se adaptará en función de la herida. Se fija con una grapa.

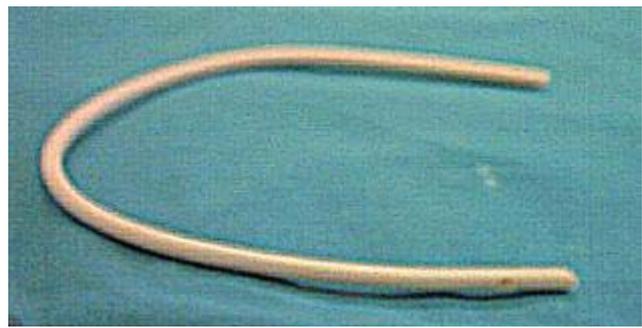




* **Silastic:** Es un tubo de silicona transparente y flexible de unos 40 cms de longitud, que presenta diversos orificios en su trayectoria y tiene una punta roma atraumática. Existe una variedad estriada denominada teja muy usada en cirugía.

Suelen utilizarse en cirugía abdominal y podemos conectarlos a sistemas de aspiración.





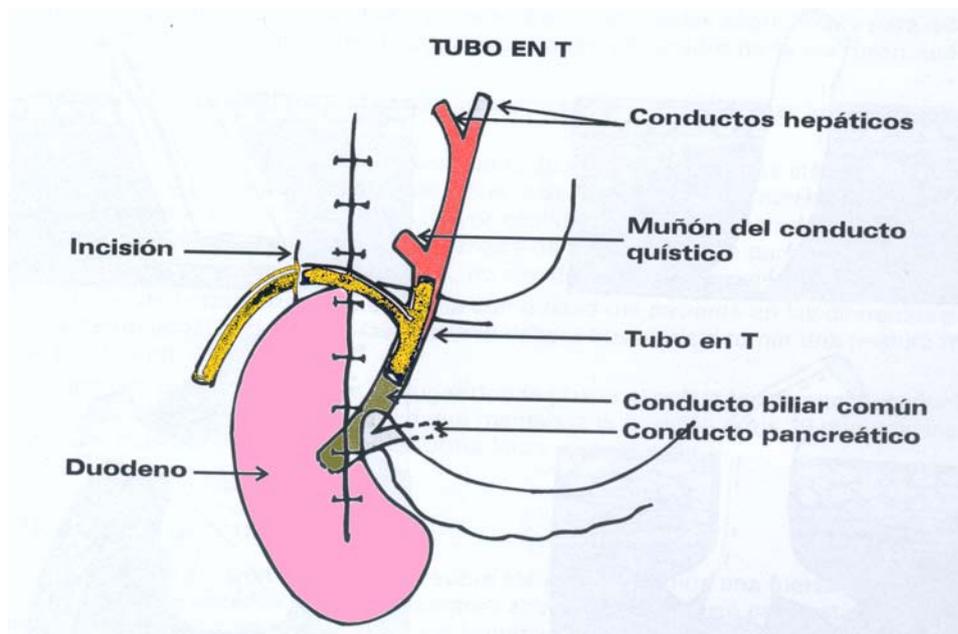
* **Tubo en T o Kher:** Es un tubo de silicona o goma en forma de T, muy usado en cirugía de las vías biliares. Los extremos pequeños

irán insertados en los conductos colédoco y hepático y el mayor irá conectado al exterior.



Se utiliza para drenar la bilis producida por el paciente. Se encuentran de varios diámetros y serán conectados a bolsas colectoras, nunca a sistemas de aspiración.

Antes de retirar el tubo, someteremos al paciente a un periodo de reeducación, iremos pinzando el tubo cada vez más tiempo, si las condiciones del paciente lo permiten, hasta poder estar seguros de que no existirán problemas con la retirada, cuando no estemos eliminando la mayor parte de la bilis por el individuo.



Pinzaremos el tubo de drenaje y pediremos al paciente que nos avise si presenta náuseas, dolor abdominal, vómitos, diarrea... Si esto sucede, despinzaremos el drenaje y avisaremos al médico.

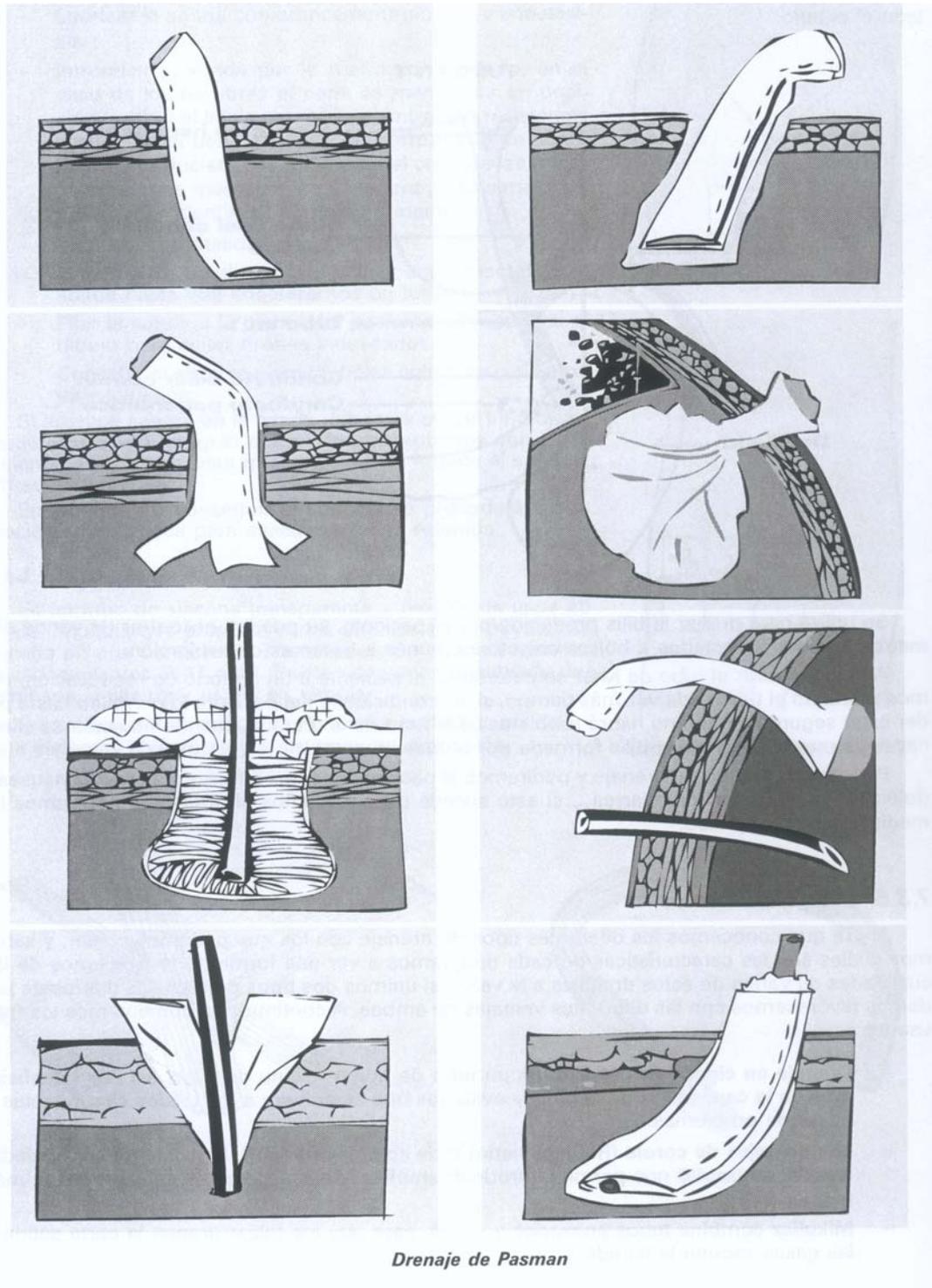
* **DRENAJES MIXTOS:** Si se unen drenajes de diferente tipo, podemos favorecernos de las ventajas de cada uno de ellos. Los más utilizados son:

* **DRENAJE EN CIGARRILLO:** Consiste en un tubo de goma relleno de gasa, así nos beneficiamos de la capilaridad de la gasa y evitamos que se adhiera a los tejidos circundantes y ocasiona problemas.

* **DRENAJES DE COROLA O R. FINOCHIETTO:** Son variedades del anterior y nos permite introducir amplias zonas de drenaje con una salida más pequeña.

* **DRENAJE DE MIKULICA:** Combina tubos anexados y gasas, para que los tubos drenen la parte sólida y las gasas sequen la líquida.

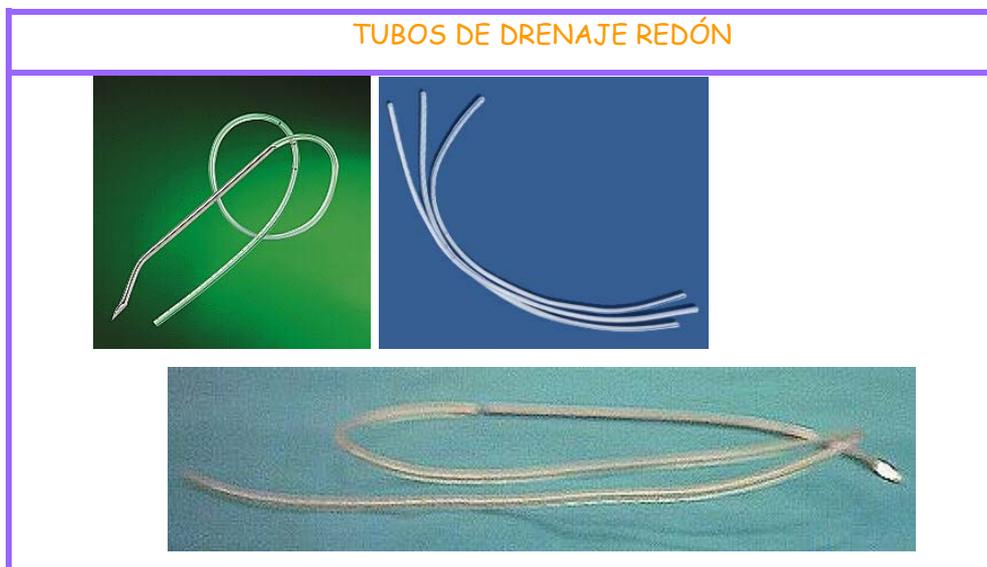
* **DRENAJE DE PASMAN:** Utiliza una sonda cubierta de gasa y de un tubo de plástico para drenar la cavidad tiroidea, mezclando así la capilaridad de la gasa y la posibilidad de aspirar de forma intermitente por la sonda.



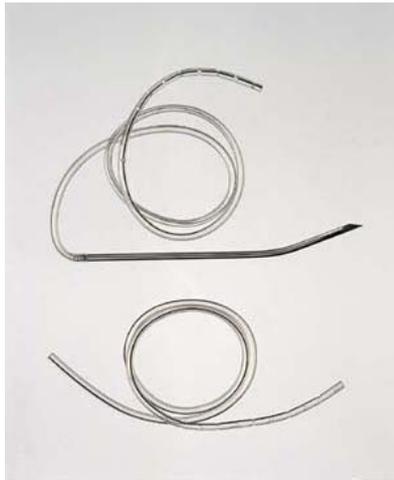
• **DRENAJE DE ASPIRACIÓN CONTÍNUA:** En este caso, la fuerza utilizada para drenar toda la sustancia acumulada es continua. Todo el tiempo que permanezca el drenaje, la aspiración se estará realizando.

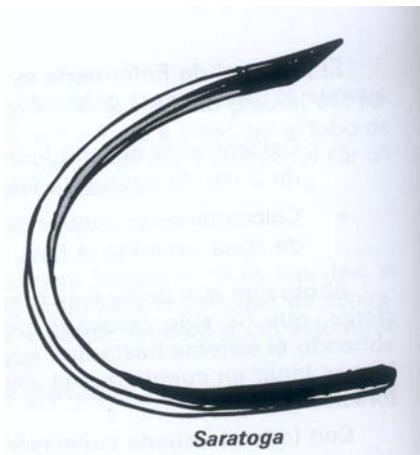
Dentro de este grupo tenemos:

* **DRENAJE DE REDÓN:** Consiste en un tubo de polivinilo o silicona con multitud de perforaciones a lo largo del tubo. Este tubo irá conectado a un colector donde haremos el vacío.



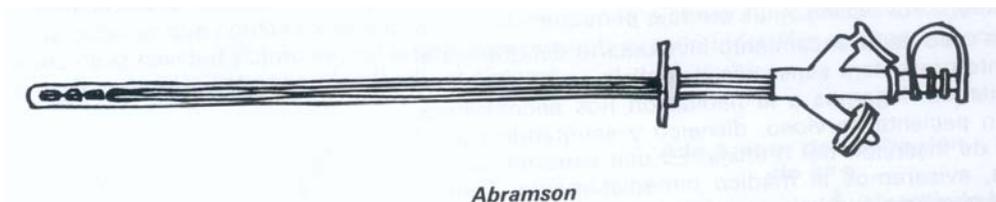
Botella de vacío para Redón y botella de fuella Bellow





*** DRENAJE DE SARATOGA:** Consiste en un tubo multiperforado de silicona o polivinilo con dos luces: la externa permite la entrada de aire y la interna permite la conexión a un sistema de aspiración. Se usa en grandes heridas infectadas, o cuando la cantidad a drenar es muy elevada.

*** DRENAJE DE ABRAMSON:** Consiste en un tubo igual que los anteriores, pero que presenta tres luces: una para la entrada de aire, otra que acoplamos al sistema de aspiración y una tercera que nos sirve para la irrigación de la zona.





Objetivo de los drenajes:

Favorecer la salida de líquido y/o material orgánico al exterior.

Consideraciones iniciales:

*** Averiguar:**

1. La zona de implantación.

Permite conocer y prever la cantidad y calidad del débito, así como adquirir el nombre según su localización.

2. El motivo por el cual se ha implantado.

Orienta sobre la frecuencia en la valoración y cuidados que hay que realizar, por ejemplo: drenaje de hematoma, sangre, pus, realizar lavados en una cavidad, etc.

3. El tipo de drenaje.

Orienta sobre el material que hemos de utilizar al realizar los cuidados y los cambios del sistema colector, por ejem: apósito, aspiración, bolsa recolectora, etc.

4. El sistema de fijación.

Permite conocer de qué manera está fijado el drenaje: sutura, esparadrapo, sin fijación, etc.

SISTEMAS DE ASPIRACIÓN.

*** Preparación:**

*** De la enfermera:**

Lavarse las manos higiénicamente.

Ponerse guantes no estériles.

*** Del material:**

- ◆ Gasas estériles.
- ◆ Torunda de gasas.
- ◆ Dos pinzas estériles.
- ◆ Pinza Kocher.
- ◆ Antiséptico.
- ◆ Solución isotónica.
- ◆ Batea.
- ◆ Riñonera.
- ◆ Botella de vacío o aspirador.
- ◆ Esparadrapo hipoalérgico o apósito adhesivo comercial.

*** Del paciente:**

Informar al paciente de la técnica que se va a realizar.

* **Posición:**

Colocar al paciente en la posición adecuada, dependiendo de la localización del drenaje.

- ◆ Decúbito supino.
- ◆ Decúbito prono.
- ◆ Sedestación.

* **Ejecución:**

- 1.** Comprobar el sistema de aspiración y su funcionamiento.

El drenaje puede ir conectado a una botella de vacío o bien a un aspirador.

El fuelle de la botella de vacío ha de estar retraído.

- 2.** Valorar la calidad y cantidad del líquido drenado.

Si el receptáculo está lleno o el fuelle de la botella de vacío esté expandido, se tendrá que cambiar y medir.

Si el drenado es denso, será preciso comprobar que el drenaje no está obstruido.

CAMBIO DEL SISTEMA COLECTOR:

- 1.** Pinzar el tubo de drenaje por encima de la conexión con una pinza Kocher.

Evita fugas de líquido mientras se realiza el cambio.

- 2.** Desconecte la botella de vacío o aspirador.

- 3.** Medir la cantidad y valorar las características.

- 4.** Conectar una nueva botella de vacío al aspirador.

Antes de conectar la botella de vacío, observar que la pinza está cerrada y el fuelle retraído.

El aspirador estará parado.

5. Retirar el Kocher y abrir la pinza de la botella de vacío o poner en marcha el aspirador, regulando el flujo de aspiración.

El flujo de aspiración se ha de iniciar desde la presión mínima, aumentándolo lentamente hasta conseguir la aspiración deseada.

CUIDADO DEL PUNTO DE INSERCIÓN.

1. Colocar el material necesario en la batea.

Permite reunir todo el material, evitando entradas y salidas de la habitación.

2. Retirar el apósito suavemente, si es preciso, mojarlo, y con la mano no dominante sujetar el tubo de drenaje.

Disminuye el dolor provocado al despegar la parte adhesiva..

Evita salidas accidentales.

3. Colocar el apósito sucio en la riñonera.

Permite crear una zona sucia y diferenciarla de la limpia (batea).

4. Valorar el estado de la piel adyacente al punto de fijación y el orificio del drenaje.

5. Sujetar el tubo de drenaje con la mano no dominante.

6. Limpiar la piel que rodea el orificio del drenaje con una torunda empapada en solución isotónica, realizando movimientos circulares.

7. Utilice diferentes torundas para cada pasada y deséchelas en la riñonera.

Evita la contaminación.

8. Seque la piel con una gasa estéril.

Mantiene la piel seca, evitando la maceración de ésta debido a la humedad.

9. Desinfectar el punto de inserción del drenaje, con la ayuda de unas pinzas y una torunda empapada en antiséptico.

10. Colocar una gasa estéril doblada por debajo del tubo de drenaje y otra por encima.

Si se corta la gasa podría soltar hilos, que actuarían como un cuerpo extraño en la herida.

11. Aplicar otra gasa y fijar el apósito con esparadrapo, o bien utilizar el apósito comercial.

*** Postejecución:**

*** Paciente:**

Dejar al paciente cómodo y proporcionarle el máximo bienestar.

Colocar el timbre y lo que necesite a su alcance.

Educar al paciente y familia para que:

Comunique inmediatamente si el apósito está manchado, aparece dolor o molestias o si el drenaje se desconecta.

La importancia de evitar lesiones en el tubo de drenaje.

Cómo moverse con el drenaje.

*** Material:**

*** Recogida y limpieza.**

Del instrumental utilizado para enviarlo a esterilización.

Deseche el instrumental sucio en una bolsa impermeable de residuos orgánicos.

*** Enfermera.**

Lavarse las manos con lavado de manos higiénico.

Registrar en la historia del paciente:

- La técnica ejecutada. Día y hora.
- La cantidad y calidad del líquido drenado.

- El aspecto del punto de inserción y de la piel de alrededor.
- Los problemas presentados y observados.
- La respuesta del paciente.
- Firma.

SISTEMA DE DECLIVE.

*** Preparación:**

*** De la enfermera:**

Lavarse las manos con lavado de manos higiénico.

Ponerse guantes estériles.

*** Del material:**

- ◆ Gasas estériles.
- ◆ Torundas de gasas.
- ◆ Dos pinzas estériles
- ◆ Pinza Kocher.
- ◆ Antiséptico.
- ◆ Solución isotónica.
- ◆ Batea.
- ◆ Riñonera.
- ◆ Bolsa recolectora de declive.
- ◆ Esparadrapo hipoalérgico o apósito adhesivo comercial.

*** Del paciente:**

Informar al paciente de la técnica que se va a realizar.

*** Posición:**

Colocar al paciente en la posición adecuada, dependiendo de la posición del drenaje.

- ◆ Decúbito supino.
- ◆ Decúbito prono.
- ◆ Sedestación.

*** Ejecución:**

1. Comprobar que el declive es correcto.

Si el declive de la bolsa recolectora no es suficiente, no permite el drenaje por gravedad.

2. Valorar la calidad y cantidad del líquido drenado.

Si la bolsa recolectora está llena de líquido o de aire, se tendrá que cambiar y medir. Si el drenado es denso, será preciso comprobar que drenaje no está obstruido.

CAMBIO DEL SISTEMA COLECTOR.

1. Pinzar el tubo de drenaje por encima de la conexión con una pinza Kocher.

Evita fugas de líquido mientras se realiza el cambio.

2. Desconectar la bolsa recolectora.

Algunas bolsas recolectoras permiten vaciarse por su extremo inferior gracias a un sistema; en ese caso no será preciso realizar el cambio del sistema colector, tan solo se vaciará el contenido en una jarra de medición.

3. Medir la cantidad y valorar las características.

4. Conectar una nueva bolsa recolectora.

5. Retirar el Kocher y comprobar que no quedan acodamientos que puedan impedir el drenado.

CUIDADO DEL PUNTO DE INSERCIÓN.

1. Colocar el material necesario en la batea.

Permite reunir todo el material, evitando entradas y salidas de la habitación

2. Retirar el apósito suavemente, si es preciso, mojarlo, y con la mano no dominante sujetar el tubo de drenaje.

Disminuye el dolor provocado al despegar la parte adhesiva.
Evita salidas accidentales.

3. Colocar el apósito sucio en la riñonera.

Permite crear una zona sucia diferenciada de la limpia (batea).

4. Valorar el estado de la piel adyacente, el punto de fijación y el orificio de drenaje.

5. Sujetar el tubo de drenaje con la mano no dominante.

6. Limpiar la piel que rodea el orificio del drenaje, con una torunda empapada en solución isotónica, realizando movimientos circulares.

7. Utilizar diferentes torundas en cada pasada y desecharlas en la riñonera.

Evita la contaminación.

8. Secar la piel con una gasa estéril.

Mantiene la piel seca evitando maceraciones de ésta por la humedad.

9. Desinfectar el punto de inserción del drenaje, con la ayuda de unas pinzas y una torunda empapada en antiséptico.

10. Colocar una gasa estéril doblada por debajo del punto de drenaje y otra por encima.

Si se corta la gasa podría soltar hilos que actuarían como un cuerpo extraño en la herida.

11. Aplicar otra gasa y fijar el apósito con esparadrapo o el apósito comercial.

*** Postejecución:**

*** Paciente:**

Dejar al paciente cómodo y proporcionarle el máximo bienestar.

Colocar el timbre y lo que necesite a su alcance.

Educar al paciente y familia para que:

Comunique inmediatamente si el apósito está manchado, aparece dolor o molestias o si el drenaje se desconecta.

La importancia de evitar lesiones en el tubo de drenaje.

Cómo moverse con el drenaje.

*** Material:**

*** Recogida y limpieza.**

Del instrumental utilizado para envinarlo a esterilización.

Deseche el instrumental sucio en una bolsa impermeable de residuos orgánicos.

*** Enfermera.**

Lavarse las manos con lavado de manos higiénico.

Registrar en la historia del paciente:

- La técnica ejecutada. Día y hora.
- La cantidad y calidad del líquido drenado.
- El aspecto del punto de inserción y de la piel de alrededor.
- Los problemas presentados y observados.
- La respuesta del paciente.
- Firma.

SISTEMAS DE CAPILARIDAD.

*** Preparación:**

*** De la enfermera:**

Lavarse las manos de forma antiséptica.

Ponerse guantes estériles.

*** Del material:**

- ◆ Gasas estériles:

La medida y cantidad dependerán del tamaño de la herida.

- ◆ Bolsa de ostomía:

Si el drenaje produce un gran débito, es preferible aplicar una bolsa de ostomía abierta, que evitará que la piel se macere por estar el apósito continuamente mojado y que la piel se irrite por los continuos cambios de apósito, pero sobre todo permitirá que el paciente se sienta más cómodo.

- ◆ Torundas de gasas.
- ◆ Dos pinzas estériles.
- ◆ Antiséptico.
- ◆ Agua y jabón neutro.
- ◆ Solución isotónica (suero salino).
- ◆ Batea.
- ◆ Riñonera.
- ◆ Bata y mascarilla (opcional).
- ◆ Esparadrapo hipoalérgico o apósito adhesivo comercial.

*** Del paciente:**

Informar al paciente de la técnica que se va a realizar.

*** Posición:**

Colocar al paciente en la posición adecuada, dependiendo de la posición del drenaje.

- ◆ Decúbito supino.
- ◆ Decúbito prono.
- ◆ Sedestación.

*** Ejecución:**

- 1.** Colocar el material necesario en la batea.

Permite reunir todo el material, evitando entradas y salidas de la habitación

- 2.** Retirar el apósito suavemente, si es preciso, mojarlo, y con la mano no dominante sujetar el tubo de drenaje.

Disminuye el dolor provocado al despegar la parte adhesiva.

Evita salidas accidentales.

- 3.** Colocar el apósito sucio en la riñonera.

Permite crear una zona sucia diferenciada de la limpia (batea).

- 4.** Valorar el estado de la piel adyacente, el punto de fijación y el orificio de drenaje.

- 5.** Quitarse los guantes desechables y proceder a abrir el material estéril.

- 6.** Ponerse los guantes estériles.

- 7.** Sujetar el tubo de drenaje con la mano no dominante.

8. Limpiar la piel que rodea el orificio del drenaje, con una torunda empapada en solución isotónica, realizando movimientos circulares.

- 9.** Utilizar diferentes torundas en cada pasada y desecharlas en la riñonera.

Evita la contaminación.

- 10.** Secar la piel con una gasa estéril.

Mantiene la piel seca evitando maceraciones de ésta por la humedad.

11. Desinfectar el punto de inserción del drenaje, con la ayuda de unas pinzas y una torunda empapada en antiséptico.

12. Colocar una gasa estéril doblada por debajo del punto de drenaje y otra por encima.

Si se corta la gasa podría soltar hilos que actuarían como un cuerpo extraño en la herida.

13. Aplicar otra gasa y fijar el apósito con esparadrapo, o bien, utilizar el apósito comercial.

14. Recortar la placa de la bolsa de ostomía a la medida de la herida del drenaje.

Permite proteger la piel de alrededor.

15. Permite pasar el drenaje por la abertura, retirar el papel protector y adherir la placa a la piel.

* **Postejecución:**

* **Paciente:**

Dejar al paciente cómodo y proporcionarle el máximo bienestar.

Colocar el timbre y lo que necesite a su alcance.

Educar al paciente y familia para que:

Comunique inmediatamente si el apósito está manchado, aparece dolor o molestias o si el drenaje se desconecta.

La importancia de evitar lesiones en el tubo de drenaje.

Cómo moverse con el drenaje.

* **Material:**

* **Recogida y limpieza.**

Del instrumental utilizado para enviarlo a esterilización.

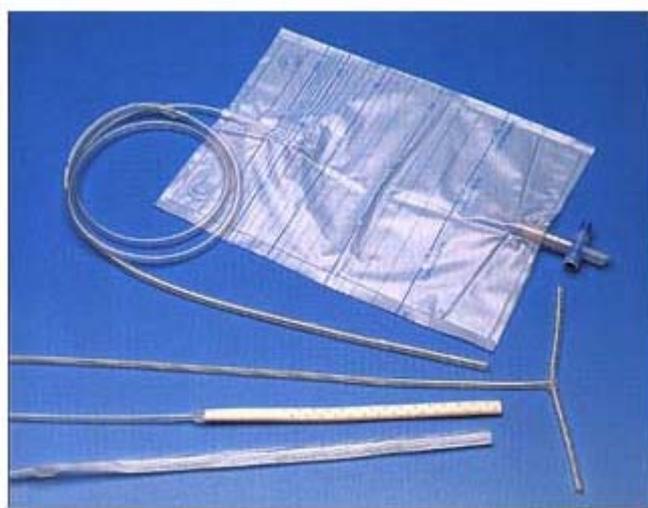
Deseche el instrumental sucio en una bolsa impermeable de residuos orgánicos.

*** Enfermera.**

Lavarse las manos con lavado de manos higiénico.

Registrar en la historia del paciente:

- La técnica ejecutada. Día y hora.
- La cantidad y calidad del líquido drenado.
- El aspecto del punto de inserción y de la piel de alrededor.
- Los problemas presentados y observados.
- La respuesta del paciente.
- Firma.





Drenajes de baja succión tipos Bellow

