



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Trujillo, 29 MAYO 2023

VISTO:

El Informe N°0028-2023-GRLL-GGR-GRS-HRDT-OEPE de fecha 29 de mayo del 2023, emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, mediante el artículo 2° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que toda persona tiene derecho a exigir que los servicios se le presten para la atención de su salud cumpla con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales.

Que, el artículo 5° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Médicos de Apoyo, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que: Los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo para dar inicio a sus actividades deben contar con un reglamento interno y otros documentos de gestión que definan claramente su organización, las funciones del personal, mecanismos de coordinación y comunicación interna y externa, estandarización de procesos y mecanismos de control de acuerdo a las normas vigentes. Además, deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Con base a lo señalado, mediante Oficio N°086-2023-GRLL-GGR-HRDT-DM por el Departamento de Medicina, solicita la aprobación mediante resolución del proyecto de la GUÍA TÉCNICA: "PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES" V0.1 elaborado por el CRESAR quien esta como responsable el Dr. Alejandro Rodríguez Hidalgo.

Que, mediante Resolución Directoral N°565-2021-HRDT/DG, se aprueba la Directiva Administrativa N° 01-2021-HRDT/OEPE V.01, denominada "FORMULACIÓN, ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS DE GESTIÓN INTERNA" que tiene como objetivo establecer lineamientos y disposiciones que orienten a los órganos o unidades orgánicas para la formulación, elaboración y aprobación de los documentos normativos de gestión interna que se generen por parte de las Unidades Orgánicas del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico indica que el documento de gestión interna, cumple con lo establecido en la normativa, por lo que resulta pertinente atender lo solicitado por el Departamento de Medicina, y en consecuencia emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el proyecto de la GUÍA TÉCNICA: "PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES" V0.1





N° 371 -2023-HRDT/DG-DM



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Trujillo, 29 MAYO 2023



Con las visaciones del Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Oficina de Gestión de la Calidad y Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;



De conformidad con las normas contenidas en la Ley N°26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias; Ordenanza Regional N° 000009-2021-GRLL-CR que aprueban el Reglamento de Organización y Funciones - ROF y el Organigrama Estructural Básico del Gobierno Regional La Libertad, la Resolución Ejecutiva Regional N°113-2016-GRLL/GOB que aprueba el Manual de Organización y Funciones – MOF del Hospital Regional Docente de Trujillo;

SE RESUELVE:

Artículo 1° APROBAR la GUÍA TÉCNICA: “PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES” V0.1 – CÓDIGO: GTDM-11, que en anexo adjunto forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2° DISPONER que el Departamento de Medicina difunda e implemente la aplicación interna de la presente Guía Técnica.



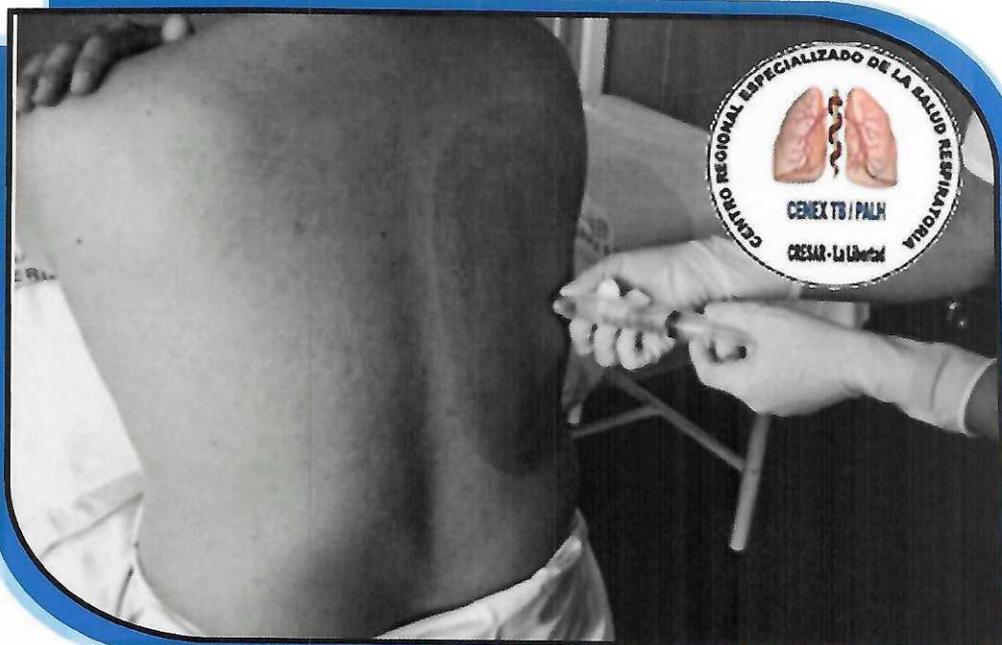
Artículo 3° ENCARGAR a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la administración y custodia de los documentos normativos de gestión interna aprobados por la institución.

Artículo 4° DISPONER que la Oficina de Estadística e Informática publique la presente resolución en el portal institucional del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Regístrese, Cúmplase y Comuníquese



REGIÓN LA LIBERTAD
Gerencia Regional de Salud
M.C. Victor Augusto Salazar Tantaleán
DIRECTOR GENERAL
HRDT Hospital Regional Docente de Trujillo



GUÍA TÉCNICA: “PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES”

CÓDIGO: GTDM-11

Elaborado por: <ul style="list-style-type: none">- Dr. Luis Alejandro Rodríguez Hidalgo - Jefe de la Especialidad de Neumología- Dra. Rosario del Pilar Ipanaque Rebaza
Revisado y Propuesto por: Mc. Augusto Aldave Herrera
Cargo: Jefe del Departamento de Medicina
Revisado por: Lic. Delia Jara Campos
Cargo: Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
Revisado por: Lic. Fernando Mercado Acuña
Cargo: Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Revisado por: Abog. Jorge Cáceda Saldaña
Cargo: Jefe de Oficina de Asesoría Jurídica
Aprobado por: Mc. Víctor Salazar Tantaleán
Cargo: Director General del HRDT

AÑO 2023



**GUÍA TÉCNICA:
"PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE
IMÁGENES"**

**CÓDIGO:
GTDM-11**

VERSIÓN 0.1

I. FINALIDAD

La presente guía ofrecerá al profesional médico las pautas necesarias para la intervención correcta y los cuidados de los procedimientos de toracocentesis diagnóstica y terapéutica, el adecuado manejo y la minimización de riesgos y complicaciones para garantizar la seguridad del paciente.

II. OBJETIVO GENERAL

Conocer los parámetros teórico – prácticos para el manejo de toracocentesis diagnóstica y toracocentesis terapéutica.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía técnica es de aplicación en los Departamentos de Medicina, Emergencia y Cuidados Críticos y Cirugía del Hospital Regional Docente de Trujillo.

IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley N°26842, Ley General de Salud
- ✓ NTS N° 117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de salud para la elaboración y uso de guías de práctica clínica del MINISTERIO DE SALUD, aprobado con R.M. N° 302-2015/MINSA.
- ✓ Decreto Supremo N° 030-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30895 Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- ✓ R.D. N° 565-2021-HRDT/DG, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2021-HRDT/OEPE V.01, "Formulación, elaboración y aprobación de los documentos normativos de gestión interna".

DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Pleura:** Es la capa de tejido que recubre pulmones revistiendo la cavidad torácica. Secreta una pequeña cantidad de líquido permitiendo el movimiento suave de los pulmones.
- **Derrame pleural:** Es el acúmulo de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad del tórax (pleuras).
- **Neumotórax:** Es la presencia de aire en el espacio pleural de forma parcial o total.
- **Hemotórax:** Es la presencia de sangre en el espacio pleural.

VI. NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CODIGO CPTM
Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; sin guía de imágenes.	32554

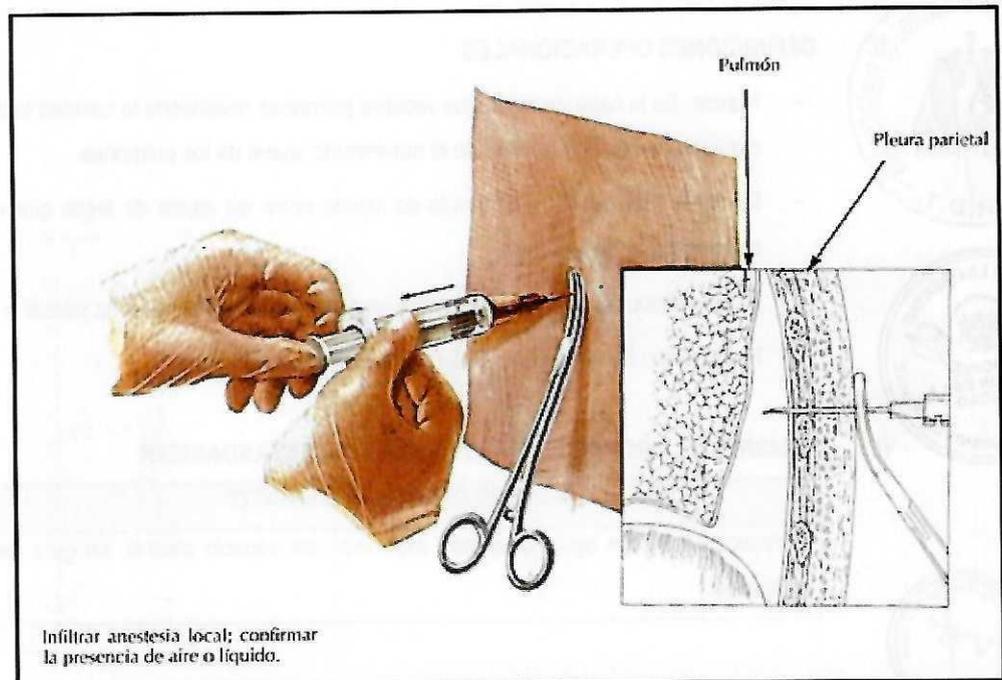
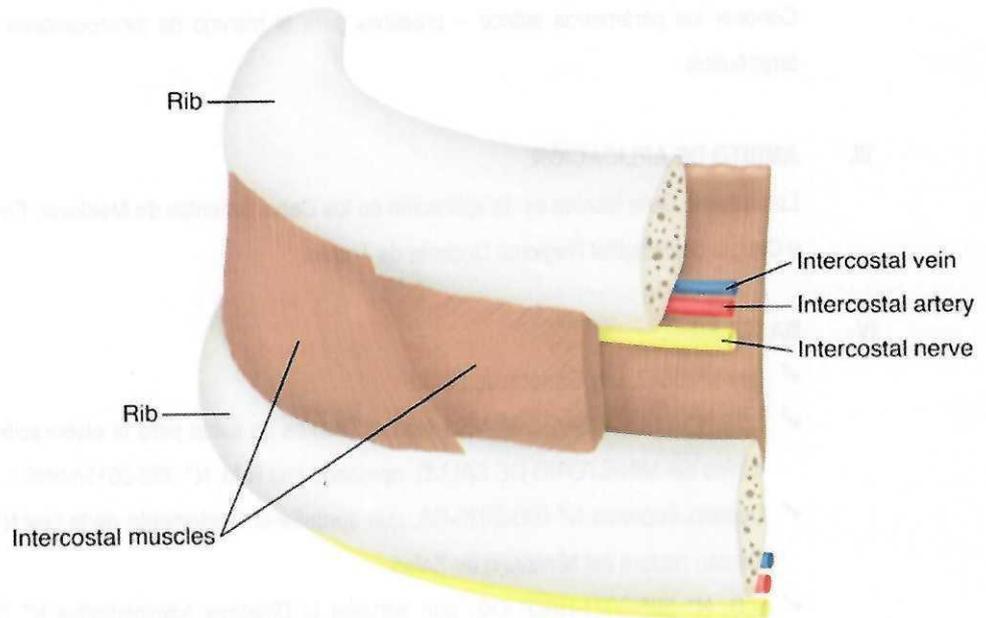


VII. CONSIDERACIONES GENERALES

7.1 DEFINICION DEL PROCEDIMIENTO

- TORACOCENTESIS

Técnica que permite la extracción de una acumulación normal de aire o líquido entre la pleura visceral y parietal, mediante inserción percutánea de una aguja o catéter en el espacio pleural.



 <p>HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO</p>	<p>GUÍA TÉCNICA: “PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES”</p>	<p>CÓDIGO: GTDM-11</p>
		<p>VERSIÓN 0.1</p>

7.2 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS IMPORTANTES: No Aplica

7.3 INDICACIONES:

INDICACIONES ABSOLUTAS

- Neumotórax.
- Neumotórax y /o hemotórax de gran tamaño.
- Derrame pleural masivo.

INDICACIONES RELATIVAS

- Obtención de muestra de un derrame pleural para búsqueda de etiología.
- Derrames paraneumónicos para buscar agente etiológico.

7.4 CONTRAINDICACIONES:

- Negación del paciente al procedimiento.

7.5 REQUISITOS

- Evaluación por médico neumólogo
- Consentimiento informado
- Prueba Antígenos para Sars Cov-2

7.6 PERSONAL QUE INTERVIENE EN EL PROCEDIMIENTO

- Médico
- Licenciada en enfermería o técnico en enfermería

7.7 RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR EN EL PROCEDIMIENTO

- **Equipos Biomédicos:**
 - 01 camilla de metal
 - 01 escalinata – gradilla de 2 peldaños
 - 01 biombo de metal de 2 cuerpos
 - 01 lámpara cuello de ganso
- **Material/Insumo no fungible:**
 - Respirador N° 95
 - Guante para examen descartable N°7
 - Gorro quirúrgico descartable con elástico





GUÍA TÉCNICA:
"PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE
IMÁGENES"

CÓDIGO:
GTDM-11

VERSIÓN 0.1

- Mandilón descartable talla M
- Sábana de tocuyo de 1 ½ plaza
- Caja de cartón descartable para material cortopunzante x 10 L
- **Material/Insumo fungible:**
 - Jabón germicida líquido
 - Papel toalla doble hoja interfoliado blanco x 200 h
 - Yodopovidona espuma
 - Gasas 10 x 10
 - Lidocaína 2%
 - Alcohol 70°
 - Frascos estériles descartables
 - Catéter endovenoso periférico N° 14 x 1 ¼
 - Jeringa 1 ml
 - Jeringa 10 ml
 - Jeringa 20 ml
 - Equipo de venoclisis
 - Llave de triple vía

VIII. CONSIDERACIONES ESPECIFICAS

8.1 ANTES DEL PROCEDIMIENTO

- a. PREPARACIÓN DEL EQUIPO E INSTRUMENTAL (5 min)
- b. RECEPCIÓN Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE (5 min)

➤ INSTRUCCIONES DEL PACIENTE ANTES DE LA PRUEBA

- De encontrarse en estado consciente, se debe indicar al paciente que se encuentre cómodo y una vez puesto en posición adecuada no movilizarse.
- De sentir alguna molestia, presentar tos, mareos o desvanecimiento, avisar al médico tratante.

➤ PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA PRUEBA

- Evaluación clínica (inspección, palpación, percusión y auscultación) del paciente.
- Opción 1: Paciente sentado en posición erguida e inclinado ligeramente hacia adelante con los brazos apoyados.
- Opción 2: Paciente acostado en decúbito supino (p. ej., en un paciente con dispositivos no invasivos de alto flujo, paciente en ventilación mecánica), pero se realiza mejor con ecografía o tomografía para guiar el procedimiento.

- c. PREPARACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO (5 min)



	GUÍA TÉCNICA: “PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES”	CÓDIGO: GTDM-11
		VERSIÓN 0.1

8.2 DURANTE EL PROCEDIMIENTO

d. REALIZAR EL PROCEDIMIENTO (20 min)

Confirmar la extensión del derrame pleural por la percusión y auscultación del tórax.

➤ Lugar de Punción:

- Anterior: paciente en decúbito supino, cabecera elevada 30° y elevación del brazo por encima de la cabeza. Se ubica la zona de punción que puede ser 2° EIC (espacio intercostal) en la línea media clavicular o el 4° EIC en la línea media axilar.
- Posterior: paciente sentado, ligeramente inclinado hacia adelante y brazos apoyados sobre una mesa. Se ubica zona de punción en 5 – 7 ° EIC en la línea posterior o línea media escapular.

- Limpiar utilizando técnica antiséptica con solución yodada y luego limpiar con alcohol, esperar que seque la piel.
- Palpar para encontrar el espacio intercostal donde se va a insertar la aguja.
- Inyectar anestésico local por planos (piel, tejido celular subcutáneo, músculos y pleura), cada 1 - 2mm, utilizando aguja N°25 - subcutánea y luego aguja N°21 – intramuscular. Aspirar a la vez que infiltra para confirmar estar en presencia de espacio pleural.
- Por el mismo punto de colocación de anestésico, introducir una jeringa de 20cc, por encima del borde superior de la costilla inferior (para evitar tocar paquete vasculonervioso intercostal), hasta alcanzar el espacio intercostal, en ángulo de 90° avanzar y extraer líquido pleural.

TORACOCENTESIS TERAPEUTICA: Luego de aplicar anestésico, ingresar mediante catéter venoso N°14, unido a equipo de venoclis y llave de triple vía, acoplado una jeringa de 20 cc., valorar el volumen de la muestra y el estado clínico del paciente para continuar con la extracción de líquido pleural.

- Recoger muestras en tubos estériles (etiquetados con nombre de paciente) para:
 - Recuento celular
 - Tinción GRAM
 - Cultivo
 - Baciloscopia
 - ADA (adenosina deaminasa)
 - Citología
 - Estudio anatomopatológico.
 - Proteínas
 - LDH (lactato deshidrogenasa)
 - Otros: Glucosa, colesterol, hematocrito.



Técnica de la punción.



8.3 DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

- e. REGISTRO DE DATOS EN HCL Y ELABORAR INFORME (5 min)
- f. MONITOREO DEL PACIENTE (15 min)
- g. DESINFECCION Y LIMPIEZA (5 min)

IX. RIESGOS O COMPLICACIONES

- Menores:
 - Reflejo vasovagal
 - Dolor en zona de punción
- Mayores
 - Neumotórax
 - Hemotórax
 - Punción incidental de pulmón, hígado, bazo o riñón.
 - Infección de cavidad pleura

X. REGISTROS

- Historia clínica
- Cuaderno de registros
- Impresión
- Registro en His (Sistema de información hospitalaria)



	GUÍA TÉCNICA: “PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE IMÁGENES”	CÓDIGO: GTDM-11
		VERSIÓN 0.1

XI. RECOMENDACIONES

- Radiografía de tórax para valorar cantidad extraída y posibles complicaciones.
- Mantener medicación de base.
- No se indica ayuno, pero si dieta ligera.

XII. ANEXOS

ANEXO N°01: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

XIII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Severini J, Coloccini R, Lorena Brance M, Laura Jacobo M, Grossi G, Alvarez J, et al. Derrame pleural DERRAME PLEURAL Revisión sobre Diagnóstico y Tratamiento de Derrame Pleural en Adultos [Internet]. 2007. Available from: www.clinica-unr.org
2. Villena V, Burgués C. Manual SEPAR de procedimientos. Procedimientos en patología pleural I. Textbook. 2005, páginas 5-16
3. Villena Garrido V, Cases Viedma E, Fernández Villar A, de Pablo Gafas A, Pérez Rodríguez E, Porcel Pérez JM, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. Arch Bronconeumol. 2014 jun;50(6):235-49.
4. Porcel J, Esquerda A, Vives M. Etiología del derrame pleural: análisis de más de 3000 toracocentesis consecutivas. Archivos de Bronconeumología, vol50, issue5, (2014), pp 161 – 165.
5. Ferreiro L, Suárez-Antelo J, Toracocentesis en Atención Primaria. Medicina de Familia. SEMERGEN, vol. 45, issue 7, (2019), pp 474 – 478.





GUÍA TÉCNICA:
"PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE
IMÁGENES"

CÓDIGO:
GTD-11

VERSIÓN 0.1

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Nombre del Establecimiento de Salud _____

Servicio _____

N° de Cama _____

Yo, don/doña _____ de _____ de edad
de sexo _____, identificado con _____, como paciente (y / o) Don/doña
doña _____ de _____ de edad, de sexo _____
identificado con _____ de parentesco _____ en mi calidad de
Representante legal en pleno uso de mis facultades mentales, libre y voluntariamente, declaro haber mantenido
una reunión con el / los médico(s) que tratan, Dr. (es) _____

miembros del servicio donde vengo siendo atendido, quienes mostrando respeto, paciencia y dedicación para con mi
caso y mi persona ha(n) informado ampliamente acerca de mi enfermedad, de los estudios que podrían ser necesari-
os para lograr su diagnóstico definitivo de ellos tratamiento(s) que ella requiere.

He comprendido que las molestias por las que he consultado están provocadas por la enfermedad que padezco, que es:

según me informan el/los médico(s) que me tratan y que el tratamiento que me han propuesto es: _____

A su vez, ha(n) informado de las molestias o consecuencias previsibles de dicho acto médico; además de los posi-
bles riesgos o complicaciones del procedimiento quirúrgico en mención, así como sus ventajas y beneficios.

Y soy consciente de mis riesgos personalizados, que son _____

los cuales pueden aumentar la probabilidad de complicaciones

Asimismo, declaro haber recibido la visita del médico(s) anestesiólogo(s), quien(es) me ha(n) explicado los beneficios y
riesgos del tipo de anestesia a utilizar.

Los facultativos me han asegurado se tomarán todas las medidas y precauciones para reducir en lo posible el riesgo y las
posibles complicaciones de la enfermedad, de la intervención quirúrgica y de la anestesia.

También me han informado acerca de las consecuencias o riesgos de no aceptar el tratamiento, las mismas que son:

Se me ha explicado y he comprendido que la firma del presente documento no exime la responsabilidad de mi(s) médico(s)
tratante(s), y que en cualquier momento puedo comunicar mi necesidad de revocar mi consentimiento que ahora puedo prestar.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria, luego de ser escuchada la información y explicaciones de mi(s) médico(s)
tratante(s), sin haber sido objeto de coacción, persuasión, ni manipulación por parte de él o ellos, ni por ningún otro personal
de salud, y luego de haber leído detenidamente la información escrita que se ha proporcionado con tiempo (de haber
sido necesario) así como el documento de autorizaciones que se me ha alcanzado.





GUÍA TÉCNICA:
"PROCEDIMIENTO PARA TORACOCENTESIS, SIN GUÍA DE
IMÁGENES"

CÓDIGO:
GTDM-11

VERSIÓN 0.1

MANIFIESTO LO SIGUIENTE: [Deberá ser llenado por el/la paciente]

Que me considero SATISFECHO _____ INSATISFECHO _____, con la información recibida, y que **COMPRENDO** _____
_____ **NO COMPRENDO** _____ la indicación, los beneficios, además de los riesgos y posibles complicaciones que
podrían desprenderse de dicho acto médico.

Y en tales condiciones: SI _____ NO _____ OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice la cirugía propuesta.

En caso de dar mi consentimiento, además estoy de acuerdo en que sea recibida la anestesia y el tratamiento médico que
derive de la intervención quirúrgica y que se efectúen los estudios necesarios para lograr el diagnóstico definitivo de mi
enfermedad. A su vez admito los cambios del procedimiento quirúrgico y anestésico que los médicos consideren indispen-
sables en mi beneficio, los cuales también me han sido explicados. Por ende, acepto el riesgo de vida propio del acto
quirúrgico y la anestesia.

Cualquiera haya sido mi decisión, guardo en mi poder una copia idéntica de este documento que me ha ofrecido el/los
médico(s) y firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales, el mismo que debena incluirse en la historia
clínica del paciente obligatoriamente.

FIRMA DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

HUELLA DIGITAL:

FIRMA DEL MÉDICO INFORMANTE

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad: _____

C.M.P.: _____

Cualquiera de la decisión del paciente sobre el procedimiento quirúrgico de ser posible deberá firmar también
un testigo.

FIRMA DEL TESTIGO

Nombres y Apellidos: _____

Documento de identidad: _____



