



UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

Licenciatura en Enfermería.

Nombre: Celia Juárez Vázquez.

Grado: Sexto cuatrimestre.

Proyecto: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEO
BRONQUIALES (sistema cerrado).

Docente: MASS. Edgar Geovanny Liévano Montoya.

Fecha: sábado 13 de junio del 2020.

San Cristóbal de las Casas, Chiapas;

Aspiración de secreciones traqueobronquiales.

Propósitos:

- Mantener una vía respiratoria permeable y prevenir las obstrucciones.
- Favorecer la función respiratoria.
- Prevenir la neumonía como consecuencia de las secreciones acumuladas.

Valoración.

Valorar la presencia de congestión del tórax.

Observar la capacidad o incapacidad del paciente para eliminar las secreciones mediante la tos.

Equipo:

- ▶ Bolsa de reanimación (bolsa ambú) conectada al oxígeno.
- ▶ Toalla estéril (opcional).
- ▶ Equipo para aspiración.
- ▶ Gafas protectoras y mascarilla si fuese necesario.
- ▶ Traje (si fuera necesario).
- ▶ Guantes estériles.
- ▶ Bolsa impermeable.

Desarrollo.

1º Antes de realizar el procedimiento, presentarse y verificar la identidad del paciente siguiendo el protocolo del centro.

2º Lavarse las manos y observar otros procedimientos de control de la infección apropiados.

3º Proporcionar un entorno privado para el paciente.

4º Preparar al paciente. Si no está contraindicado por problemas de salud, poner al paciente en posición semi-fowler, para favorecer la respiración profunda, la expansión pulmonar, si fuera necesario, proporcionar analgesia antes de la aspiración.

5º Preparar el equipo.

- Conectar el aparato de reanimación a la fuente de oxígeno.

- Ajustar el flujo de oxígeno al 100%.
- Abrir el material estéril listo para su uso.
- Poner una toalla estéril, si se usa, sobre el pecho del paciente por debajo de la traqueostomía.
- Encender el aspirador y configurar la presión de acuerdo a la política del sistema sanitario. En caso de usar una unidad de pared se usa normalmente una presión en torno a 100 o 120 mm Hg para los adultos, 50 a 95 mmHg en lactantes o niños.
- Ponerse las gafas estériles. Algunos servicios sanitarios recomiendan ponerse un guante estéril en la mano dominante y un guante no estéril en la mano no dominante por protección.
- Sujetar el catéter con la mano dominante y el conector en la mano no dominante, conectar la sonda de aspiración al conducto de aspiración.
- 6º **Lavar y lubricar el catéter.**
 - Usando la mano dominante, poner la punta del catéter en la solución salina estéril.
 - Usando el cular de la mano no dominante, reducir el control de aspiración y aspiración una pequeña cantidad de solución estéril o través del catéter.
- 7º **Si el paciente no tiene muchas secreciones, hiperventilar los pulmones con una bolsa de reanimación antes de la aspiración. En este paso se puede contar con la ayuda de otra persona si es posible.**
 - Usando la mano no dominante, encender el oxígeno a 12-15 l/min.
 - Si el paciente está recibiendo oxígeno, suspender el aporte de O₂ en el tubo de traqueostomía usando la mano no dominante.
 - Conectar el reanimador al tubo de traqueostomía.
 - Comprimir el ambú 3 o 4 veces, cuando el paciente inhala. Para este paso, lo mejor es la colaboración de una segunda persona que pueda usar ambas manos para comprimir la bolsa, lo que aporta el mayor volumen de insuflación.
 - Observar el ascenso y descenso del tórax del paciente para evaluar si cada ventilación es adecuada.
 - Extraer el dispositivo de reanimación y ponerlo en la comisura o en el pecho del paciente, con el conector mirando hacia arriba.
- 8º **Si el paciente tiene muchas secreciones, no hiperventilar con un reanimador. Por el contrario:**
 - Mantener encendido el dispositivo de administración de O₂ y

- documentar el flujo o ajustar la FiO_2 al 100% durante varias respiraciones antes de aspirar.
- 9.º Introducir el catéter rápido pero suavemente, sin aspirar.
- Con el pulgar de la mano no dominante retirado del acceso de aspirado, introducir el catéter rápido pero suavemente en la tráquea a través del tubo de traqueostomía.
 - Insertar el catéter unos 12,5 cm en los adultos, menos en niños, o hasta que el paciente tosa o se note una resistencia.
- 10.º Aspirar.
- Aspirar durante 5 o 10 segundos poniendo el pulgar de la mano no dominante sobre el acceso del pulgar.
 - Rotar el catéter haciéndolo girar entre el índice y el pulgar, a la vez que se extrae lentamente.
 - Retirar completamente el catéter y liberar la aspiración.
 - Hiperventilar al paciente.
 - Volver a aspirar, si es necesario.
- 11.º Volver a evaluar la oxigenación y repetir la aspiración.
- Observar las respiraciones y el color de la piel del paciente.
 - Dejar 2 o 3 minutos con O_2 , según proceda, entre las aspiraciones cuando sea posible.
 - Lavar el catéter y repetir la aspiración hasta que el aire/vía aérea esté limpio y la respiración tenga lugar relativamente sin esfuerzo y sea tranquila.
 - Después de cada respiración, coger la bolsa de reanimación con la mano no dominante y ventilar al paciente durante no más de tres respiraciones.
- 12.º Desechar el equipo y garantizar la disponibilidad para la siguiente aspiración.
- Lavar el catéter y asear el tubo.
 - Apagar la aspiración y desconectar el catéter del tubo de aspirado.
 - Envolver el catéter al rededor de la mano estéril y quitarse el guante de manera que se envuelva el catéter.
 - Desechar el guante y el catéter en la bolsa impermeable.
 - Reponer el líquido estéril y los materiales de manera que la aspiración esté lista para su uso otra vez.
 - Comprobar la configuración del ventilador y del oxígeno han vuelto las especificaciones previas a la aspiración.

- 13: Proporcionar comodidad y seguridad al paciente.
- Ayudar al paciente a estar cómodo, en una postura segura, que facilite la aspiración/respiración. Si la persona no está consciente, la posición de simes facilita el drenaje de las secreciones de boca.
 - 14: Documentar los datos relevantes.
 - Registrar la aspiración, incluida la cantidad y descripción del aspirado y cualquier otra evaluación relevante.

➡➡➡ Variación: Sistema cerrado de aspiración de la vía respiratoria o traqueal (catéter en línea).

- Si no hay conectado un catéter, ponerse guantes limpios, abrir asepticamente un sistema de catéter cerrado nuevo y conectar la conexión del ventilador en la pieza en T con el conducto del ventilador.
- Conectar un extremo del tubo de conexión con la aspiración en el acceso de conexión de aspiración del sistema cerrado y el otro extremo en el tubo conector del dispositivo.
- Encender la aspiración, ocluir o accionar el tubo y bajar la válvula de control de aspirado para configurar el nivel apropiado de aspirado. Liberar la válvula de control de aspirado.
- Usar el ventilador para hiperoxigenar e hiperinsuflar los pulmones.
- Desbloquear el mecanismo de control de aspirado si así lo indica el fabricante.
- Hacer avanzar la sonda de aspiración cerrada en su vaina de plástico con la mano no dominante. Estabilizar la pieza T con la mano no dominante.
- Bajar la válvula de control de aspirado y aplicar aspiración durante no más de 10 segundos y extraer suavemente el catéter.
- Repetir según necesidades, recordando que hay que hiperoxigenar, e hiperinsuflar según necesidad.
- Cuando se complete la aspiración, retirar el catéter dentro de su vaina y cerrar la válvula de acceso, si procede.
- Lavar el catéter instalado solución salina normal en el acceso de irrigación y aspirar. Repetir hasta que el catéter este limpio.
- Cerrar el acceso de irrigación y cerrar la válvula de aspirado.

