

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Yubitza Ascencio Galera.

Nombre del tema: técnicas de aspiración de secreciones.

Parcial: 1°.

Nombre de la Materia: enfermería clínica I I.

Nombre del profesor: Sandra Yazmín Ruiz Flores.

Nombre de la Licenciatura: enfermería.

Cuatrimestre: 5°.



Lugar y Fecha de elaboración: Pichucalco, Chiapas; a 19 de enero.

Técnicas de aspiración de secreciones.

La aspiración de secreciones es un procedimiento común en pacientes generalmente postrados, neurológicos, con respirador artificial o con traqueostomía. Tiene como objetivo la extracción de secreciones bronquiales que se han acumulado por incapacidad de eliminarlas. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, favorecer la ventilación respiratoria y prevenir las infecciones ocasionadas por la acumulación de secreciones.

Circuito cerrado.

El paciente tiene una sonda de circuito cerrado acoplado a las tubuladoras del respirador entre el corrugado y la traqueostomía, por lo que no es necesario desconectar al paciente del respirador artificial para poder aspirar, se usa varias veces al día la misma sonda, pero esta debe descartarse pasada las 24 horas del día.



Materiales:

- Aspirador de vacío.
- Recipiente para la recolección de secreciones.
- Tubo de aspiración.
- Sonda de aspiración de circuito cerrado.
- Gasas estériles de 7.5 x 7.5 o 10x10 cm.
- Guantes estériles.
- Agua estéril.
- Máscara de protección.
- Gafas.
- Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.
- Tubo de Mayo.
- Jeringa de 20 cc.
- Suero fisiológico estéril.
- Botella de agua bidestilada.



Procedimiento:

- Introducir la sonda de circuito cerrado a través del tubo de traqueostomía, hasta encontrar resistencia, luego retirar un centímetro y proceder a aspirar rotando la sonda.
- Una vez que se retira toda la sonda, se acopla la jeringa de 20ml cargada con solución salina estéril al orificio de irrigación y se aspira presionando la válvula de aspiración.
- Verificar que el paciente ya no tenga secreciones, respire mejor, y la saturación de oxígeno esté dentro de parámetros aceptables (90-100%).
- Después de todo procedimiento se deben desechar los guantes y lavarse las manos.
- No olvidar desechar los residuos que quedan en el frasco recolector después del procedimiento.
- Colocar la etiqueta identificativa para indicar cuándo se debe cambiar el sistema. Dicho sistema dura 24 horas después de su conexión.



Circuito abierto.

El método abierto es el clásico, donde se desconecta al paciente del respirador artificial para poder utilizar una sonda de aspiración descartable. De un solo uso.



Materiales:

- Aspirador de vacío.
- Recipiente para la recolección de secreciones.
- Sondas de aspiración estériles.
- Tubo o goma de aspiración.
- Guantes estériles.
- Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno.
- Tubo de Mayo.
- Jeringa de 10 ml.
- Suero fisiológico.
- Botella de agua bidestilada.



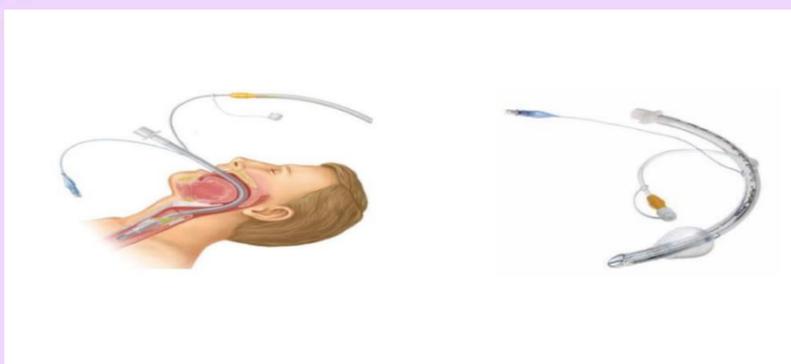
Procedimiento:

- Encender el aspirador, y regular la presión negativa de 80 a 120 mmHg.
- Conectar el tubo de aspiración a la sonda de aspiración.
- Lavado las manos, colocación de mascarilla, gafas y guantes estériles.
- Humidificar la sonda de aspiración con el agua estéril.
- Primero se debe aspirar la boca del paciente, si no se hace, parte de las secreciones podrían pasar al pulmón.
- Introducir una nueva sonda estéril por la traqueostomía, una vez que se encuentre resistencia retirar un centímetro y proceder a aspirar ocluyendo el orificio proximal que tiene la sonda.
- Se retira rotando de un lado a otro la sonda para obtener todo tipo de secreciones, luego se limpia la sonda con una gasa estéril.
- Se vuelve a aspirar con el agua estéril para limpiar el interior de la sonda de aspiración.
- El tiempo de aspiración (desde que se introduce hasta que se retira la sonda) no debe superar los 15 segundos porque a más tiempo se puede provocar hipoxemia en el paciente.
- Es recomendable aumentar el oxígeno momentáneamente antes de aspirar.



Vía nasotraqueal.

Consiste en introducir una pequeña vía de plástico flexible por la tráquea, pasando por la nariz, y a continuación aplicar una presión negativa para aspirar la mucosidad. La aspiración traqueal se extiende hasta la zona más baja de los bronquios.



Circuito abierto:

- Lavarse las manos con antiséptico.
- Valorar clínicamente la necesidad de aspiración.
- Determinar el calibre de la sonda de aspiración necesaria según el TET.
- Disponer todos los elementos necesarios en la unidad del RN.
- La técnica se debe realizar entre dos personas para evitar la extubación del paciente, mantener su estabilidad y favorecer la esterilidad del procedimiento.
- Realizar contención y/o arropamiento antes de la realización de la técnica.
- Medir la longitud de la sonda de aspiración que será introducida en el TET y dejarlo registrado de manera visible en la unidad del paciente.
- Colocarse los guantes en ambas manos recordando que la mano que tocará la sonda de aspiración debe permanecer estéril.
- Recibir el catéter y sostenerlo manteniendo las condiciones de esterilidad.
- Tomar la sonda de aspiración con ambas manos sobre la medición registrada en la unidad del paciente, marcando la medida a introducir con una pequeña marca con cinta adhesiva sobre la sonda.



<https://www.fundasamin.org.ar/archivos/T%C3%A9cnica%20de%20aspiraci%C3%B3n%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>

<https://enfermeriabuenosaires.com/aspiracion-de-secreciones-2/>

Vía endotraqueal.

Objetivo:

Mantener la permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso. Los recién nacidos que requieren asistencia respiratoria mecánica presentan inhibición de la actividad ciliar por la presencia del tubo endotraqueal (TET). Por este motivo se deben aspirar las secreciones que se acumulan alrededor y en la punta del TET para mantener una adecuada permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso.



Equipo:

- Guantes estériles.
- Sonda de aspiración estéril del tamaño adecuado.
- Tubuladura de aspiración.
- Bolsa de reanimación conectada a fuente de oxígeno.
- Antiparras.
- Solución fisiológica (opcional).
- Jeringa de 1 cm para instilar (opcional).



Circuito cerrado:

- Valorar clínicamente la necesidad de aspiración.
- Seleccionar la medida adecuada del catéter de aspiración y dispositivo en "Y" según medida del TET.
- Retirar el adaptador o boquilla original del TET y reemplazarlo por el dispositivo en "Y".
- Reconectar nuevamente al circuito del respirador.
- Conectar el dispositivo de la sonda de aspiración a la entrada secundaria de la pieza en "Y".
- Conectar el circuito de respirador a la entrada principal.
- Monitorear los signos vitales del RN.
- Rotar y comprimir la válvula de control; simultáneamente ajustar el nivel de presión negativa del vacuomanómetro.
- Utilizar una presión de aspiración entre 50- 80 mmHg.
- Liberar la compresión de la válvula de control.
- Realizar la medición de la longitud del catéter a introducir por el TET, y registrarla en el plan de cuidados.
- Sujetar la pieza en "Y" con una mano e introducir el catéter con el índice y el pulgar de la mano opuesta hasta la medida estipulada a la altura de la bifurcación de la "Y".
- Liberar el catéter y comprimir la válvula de control para aplicar aspiración por un periodo máximo de 3 segundos.
- Retirar el catéter suave y rápidamente hasta que la marca de color negro en la punta del catéter quede dentro del domo.
- Rotar la tapa de control para asegurar el cierre de la aspiración.
- Auscultar ambos campos pulmonares y repetir el procedimiento según necesidad.
- Evaluar la respuesta del RN al procedimiento.