



**Mi Universidad**

**Súper nota**

*Nombre del Alumno FRANCISCO AGUSTIN CANTORAL ALVAREZ*

*Nombre del tema ASPIRACIONES*

*Parcial IER*

*Nombre de la Materia ENFERMERIA CLINICA I I*

*Nombre del profesor SANDRA YAZMIN RUIZ FLORES*

*Nombre de la Licenciatura ENFERMERIA*

*Cuatrimestre 5TO*

*Pichucalco, Chiapas; 20 de enero del 2023*



## Aspiración de secreciones

La aspiración de secreciones consiste en la extracción de las secreciones del tracto respiratorias retenidas, a través de un equipo aspirador y un tubo endotraqueal diseñado para este fin.



### Técnica de aspiración de secreciones

- Conectar la sonda al aspirador.
- Encender el aspirador (chequear que aspire).
- Colocar un guante estéril en la mano hábil y un guante limpio en la otra mano. En caso de no contar con guante estéril, realizar técnica de aspiración con guante limpio, manipulando la sonda con una gasa estéril, para evitar el contacto directo del guante con la sonda.
- Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.
- Tomar la sonda con la mano hábil (que tiene el guante estéril colocado) e introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía, hasta sentir un tope. Retirar la sonda, aspirando. El procedimiento no debe durar más de 10 segundos (Se puede realizar un conteo hasta 10 para no excederse en dicho tiempo).
- En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapón mucoso o dificultad en progresar la sonda a través de la cánula, con una jeringa inyectar solución fisiológica a través de la cánula (1-3 ml) con una jeringa al momento de la aspiración.
- Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.
- Repetir procedimiento.



La **técnica de aspiración de secreciones** se realiza en aquellos pacientes que se encuentran intubados en la unidad de cuidado intensivo, y que presenten más que patologías los siguientes signos clínicos:

- Mucosidad presente en el tubo endotraqueal.
- Presencia de **crepitantes** al momento de realizar la auscultación.
- **Disnea súbita**. Aparece regularmente en tromboembolismo, neumotórax, broncoespasmo y **angina de pecho**.
- Disminución repentina en los niveles de volumen minuto o saturación de oxígeno.
- Incremento de la presión de dióxido de carbono o de la presión pico.
- Presencia de sonidos respiratorios tubulares.

# Aspiración de secreciones endotraqueal circuito abierto

## Material:

- 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

- Explicar el procedimiento al paciente si está consciente.
- Colocarlo en posición semi-fowler si no hay contraindicación.
- Verificar que la fijación del TET sea segura.
- Comprobar el funcionamiento del aspirador y ajustar la presión de succión entre 80- 120 mmHg.
- Mantener el ambú cerca del paciente y conectado a la fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.
- Lavado de manos.
- Colocación de guantes estériles. Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.
- La persona que ayuda abrirá de su envase estéril la sonda de aspiración que nosotros cogeremos con la mano estéril; con la otra mano limpia cogeremos el tubo o goma de aspiración.
- Pre oxigenar al paciente con FiO2 100% al menos durante un minuto. □  
Desconectar al paciente del respirador.
- Introducir la sonda a través del TET sin aspirar y con la mano dominante. No avanzar más cuando se note resistencia.



- La aspiración no durará más de 10 segundos.
- En caso de secreciones muy espesas, instilar suero fisiológico a través del TET, ventilar con ambú dos o tres veces y seguidamente aspirar.
- Lavar la sonda con suero fisiológico si se va a aspirar después faringe y boca.
- Desechar la sonda y aclarar el tubo o goma de aspiración con agua bidestilada.
- Transcurrido un minuto tras la aspiración, ajustar la FiO2 al valor inicial preestablecido.
- Lavarse las manos.
- Observar al paciente

# Aspiración de secreciones endotraqueal circuito cerrado

## Materiales:

- Aspirador de vacío.
- Recipiente para la recolección de secreciones.
- Tubo o goma de aspiración.
- Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.
- Tubo de Mayo.
- Jeringa de 20 ml
- Suero fisiológico estéril. • Botella de agua bidestilada.
- Guantes desechables.
- Catéter de aspiración cerrada: Catéter estéril cubierto por un manguito de plástico que suprime la necesidad de desconectar al paciente del respirador



## Procedimiento

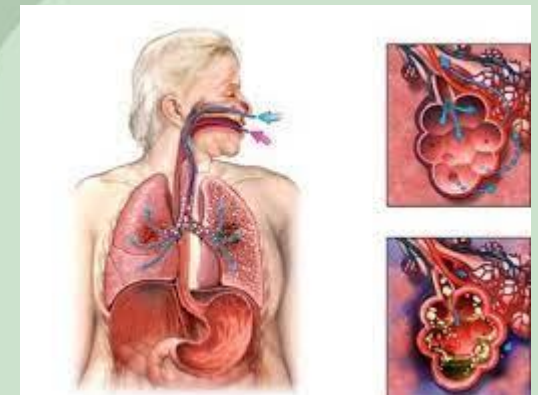
- Explicar el procedimiento al paciente si está consciente.
- Posición semi-fowler si no hay contraindicación.
- Verificar que la fijación del TET sea segura.
- Verificar el funcionamiento correcto del aspirador y ajustar la presión de succión en 80-120 mmHg

Preparar el ambú y conectarlo a la fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.

- Lavarse las manos.
- Ponerse los guantes.
- Retirar el sistema de aspiración cerrada de su envoltorio.
- Intercalar el sistema entre el TET y la conexión al respirador

## Complicaciones

- Lesiones traumáticas de la mucosa traqueal.
- Hipoxemia.
- Arritmias cardíacas.
- Atelectasias.
- Bronco aspiración.
- Reacciones vágales.
- Broncoespasmo.
- Extubación accidental.





**Bibliografía:**

[04c1d0609105ffa140cf2deb31b2f094.pdf \(plataformaeducativauds.com.mx\)](#)

<https://www.salusplay.com/blog/como-aspirar-secreciones-traqueostomia-tubo-endotraqueal/>

<https://www.elhospital.com/es/informacion-comercial/sistemas-de-succion-cerrada-trachseal>