



NOMBRE DE LA ALUMNA: YESSICA DE LA CRUZ GOMEZ BERNAL

NOMBRE DEL TEMA: TECNICAS DE ASPIRACION DE SECRECIONES

PARCIAL: 1

NOMBRE DE LA MATERIA: ENFERMERIA CLINICA II

NOMBRE DEL PROFESOR: SANDRA JAZMIN RUIZ

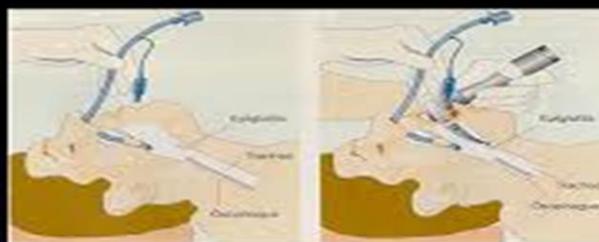
NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE:5

TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES 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

Intubação Nasotraqueal



- Importante contraindica en paciente apneico, fx tercio medio facial o sospechade fx base cráneo
- Buena ventilación y oxigenación, equipo de succion disponible
- Verificar balón de tubo endotraqueal
- Paciente consciente: aplicar aerosol anestésico y vasoconstrictor en el conducto nasal
- Paciente inconsciente aplicar solo vasoconstrictor en conducto nasal
- Inmovilización manual de la cabeza y cuello
- Lubricar el tubo nasoendotraquel con jalea anestésica e insertar en la fosa nasal

Técnica de Intubación Nasotraqueal



- Guiar el tubo a través del viaje Dirigiéndolo hacia arriba de la nariz y luego hacia atrás y debajo hacia la nasofaringe
- A medida que el tubo pasa de la nariz a la nasofaringe se debe dirigir hacia abajo para facilitar su paso por la faringe
- Una vez que el tubo ha entrado a la faringe escucha el flujo del aire que sale del tubo Avanza el tubo hasta que el sonido sea máximo, Determina el momento de la inhalación y avanza el tubo rápidamente
- El manguito es insuflado con aire suficiente para provocar un sello adecuado
- Confirmar la posición del tubo nasotraqueal de la misma forma que en la técnica descrita anteriormente
- Asegurar el tubo

TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROTRAQUEAL

En la aspiración orotraqueal, insertar la sonda suavemente sin aplicar aspiración a través de la boca, o una ventana de la nariz. Aumentar el aporte de oxígeno brevemente, si precisa. Se puede realizar aspiración nasotraqueal cuando existan secreciones audibles en vías aéreas inferiores.



1. Paciente en decúbito supino con posición de olfato ya la altura de la cintura del anesestesiólogo.
2. Con la mano izquierda se introduce el primer dedo en la boca y se fija la lengua, y con el 2o, 3o y 4o dedo se fija la rama mandibular contra el primer dedo. Se realiza una tracción hacia adelante y arriba, abriendo una apertura oral adecuada y despeje de la vía aérea
3. Por la comisura labial derecha y con la mano ipsilateral del anesestesiólogo, se introduce el tubo en la cavidad oral se avanza hacia la cavidad orofaríngea y se redirecciona la punta del tubo hacia la línea media
4. Con la mano izquierda, sin haber perdido la fijación de la mandíbula, se debe realizar una tracción hacia arriba.
5. Con la mano derecha se ubica el tubo en la línea media, inmediatamente por encima del cartílago tiroideos. En ese momento, si la ubicación es adecuada, el tubo se podrá introducir 1-2 cm, sin desviarse de la línea media y sin evidenciar algún obstáculo para su avance. Como resultado de la progresión alcanzada, se observa un alivio o levantamiento a nivel del cartílago cricoides o inmediatamente por debajo de éste, generado por el extremo biselado del tubo. Esto último es la consecuencia del levantamiento de laringe cuando el tubo se encuentra adecuadamente direccionado
6. En ese momento el tubo orotraqueal será avanzado suavemente de 2 a 3 cm en dirección caudal, sin progresar la guía. La ubicación correcta se confirmará por medio de un movimiento de rotación lateral derecho e izquierdo. Una vez colocado el tubo en la traquea, no será posible desplazarlo lateralmente, tomando esto como parámetro indirecto para confirmación de intubación.
7. Se libera la fijación mandibular y con la mano izquierda se desliza el tubo orotraqueal, mientras que con la mano derecha se mantiene fija la guía metálica. Si se presenta limitación u Obstrucción para la introducción, se debe realizar una rotación suave en dirección contraria a las manecillas de reloj, para facilitar el ingreso del tubo a la traquea.
8. Al momento en que se realiza el deslizamiento del tubo y se introduce a 21-22 cm en mujeres o 23 –24 cm en hombres al nivel de la comisura labial, se debe confirmar la intubación correcta con los métodos utilizados rutinariamente (inspección, auscultación y EtCO₂)^{5, 20}.

TECNICA DE ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL

es una tecnica que consiste en introducir un tubo a través de la nariz o la boca del paciente hasta llegar a la tráquea, con el fin de establecer una via segura de comunicacion y entrada de aire externo hasta la tráquea.

OBJETIVO

Tenemos dos tipos:

- Nasotraqueal: a través de las fosas nasales. Suele utilizarse en intubaciones programadas (anestesia, dificultad respiratoria en aumento).



1. Tras comprobar que todo el material está preparado, ante un enfermo consciente, se procederá a sedar y relajar. Para conseguir una visualización directa de la laringe es necesario alinear tres ejes: el de la boca, el de la laringe y el de la tráquea. Para ello se extiende la cabeza y se flexiona ligeramente el cuello.
2. Suspender la ventilación para iniciar la intubación, que deberá realizarse de la manera más breve, y en caso de demorarse, suspender la maniobra para ventilar de nuevo.
3. Tras la extracción de los cuerpos extraños, introduciremos el laringoscopio (con la mano izquierda) por el lado derecho de la boca, desplazando la lengua hacia la izquierda. En ambos casos, una vez colocada la pala en la posición adecuada, se desplazará hacia delante y arriba, hasta la visualización de la glotis y cuerdas vocales. No debe utilizarse el mango a modo de palanca, ni los dientes superiores como punto de apoyo.
4. Después con la mano derecha, se cogerá el tubo traqueal y se introducirá entre ambas cuerdas vocales, visualizando la glotis.
5. Se avanzará el tubo hasta la desaparición del neumotaponamiento. Si por las características se da una intubación difícil, no puede dirigirse la punta del tubo hacia la misma, se puede utilizar el fiador colocándolo en el interior del tubo de forma que no sobresalga y dando forma al tubo orotraqueal para poder abocarlo a la glotis.
6. Después del inflado del balón de neumotaponamiento, se procede a la ventilación y oxigenación del paciente.

TECNICA DE ASPIRACION DE SECRECIONES POR CIRCUITO CERRADO Y ABIERTO

LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- es un procedimiento común en pacientes generalmente postrados, neurológicos, con respirador artificial o con traqueostomía

OBJETIVO

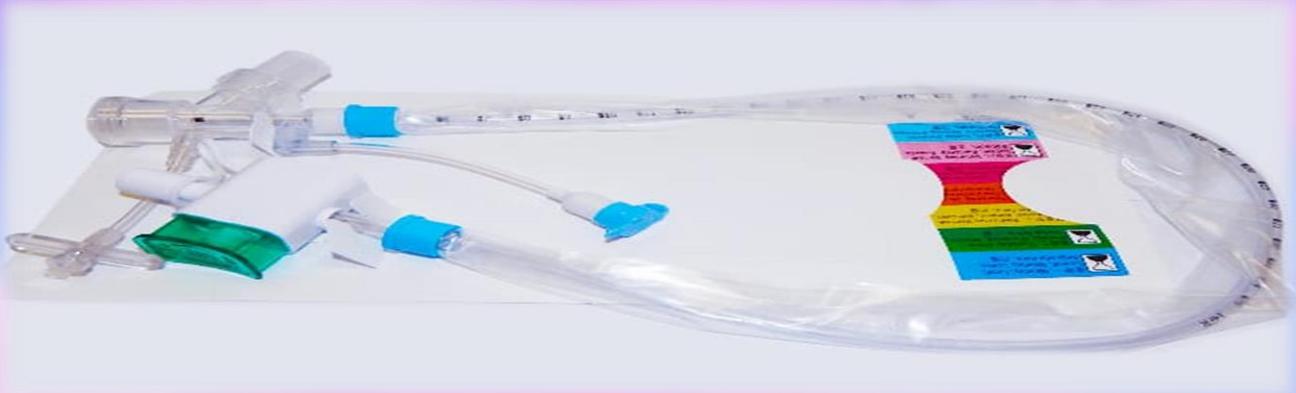
- la extracción de secreciones bronquiales que se han acumulado por incapacidad de eliminarlas. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, favorecer la ventilación respiratoria y prevenir las infecciones ocasionadas por la acumulación de secreciones.

CIRCUITO CERRADO

En el método cerrado el paciente tiene una sonda de circuito cerrado acoplado a las tubuladuras 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

PROCEDIMIENTO CIRCUITO CERRADO

- 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

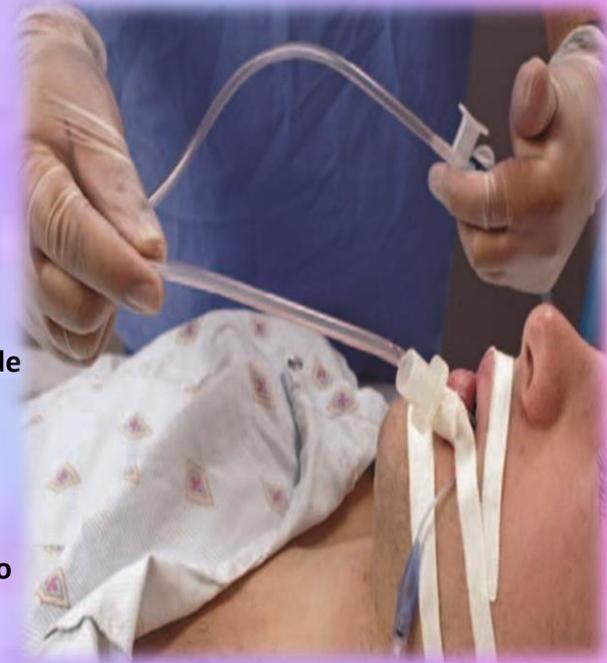


CIRCUITO ABIERTO

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.

PROCEDIMIENTO CIRCUITO ABIERTO

- 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.



Concepto: **TECNICAS DE SECRECIONES**

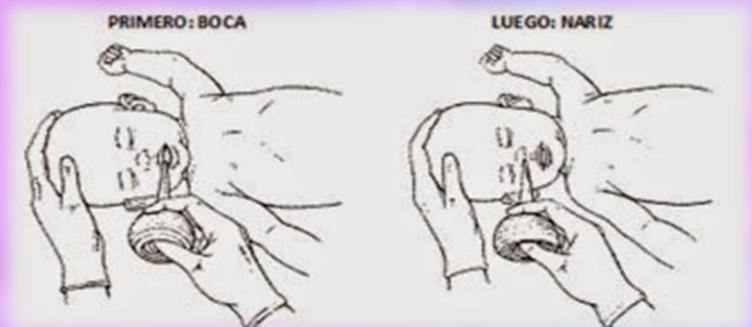
Procedimiento para despejar las vías respiratorias superiores de secreciones naso-faríngeas, por medio de una perilla de caucho

Objetivos:

- * Facilitar la entrada de oxígeno a los tejidos, conservando las vías aéreas permeables.
- * Prevenir insuficiencia respiratoria asociada a la acumulación de secreciones bronquiales.
- * Mantener el funcionamiento cardio-respiratorio.

Procedimiento:

1. Lávese las manos.
2. Utilice el calzado de guantes.
3. Apriete la bomba de la perilla para quitarle todo el aire.
4. Inserte el extremo de la perilla en la boca y suelte la bomba, de modo de producir succión y sacar la mucosidad.
5. Retire la perilla de la boca, coloque el extremo en un pañuelo desechable y vuelva a apretar la bomba para sacar la mucosidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jelic S, Cunningham JA, Factor P. Clinical review: airway hygiene in the intensive care unit. *Crit Care* 2008;12(2):209. <https://doi.org/10.1186/cc6830> [Links]
2. Voynow JA, Rubin BK. Mucins, mucus, and sputum. *Chest* 2009;135(2):505-512. <https://doi.org/10.1378/chest.08-0412> [Links]
3. Balsamo R, Lanata L, Egan CG. Mucoactive drugs. *Eur Respir Rev* 2010;19(116):127-133. <https://doi.org/10.1183/09059180.00003510> [Links]
4. Hess DR. Airway clearance: physiology, pharmacology, techniques, and practice. *Respir Care* 2007;52(10):1392-1396. [Links]
- 5 Lucchini A, Zanella A, Bellani G, et al. Tracheal secretion management in the mechanically ventilated patient: comparison of standard assessment and an acoustic secretion detector. *Respir Care* 2011;56(5):596-603. <https://doi.org/10.4187/respcare.00909> [Links]
6. Rogers DF, Barnes PJ. Treatment of airway mucus hypersecretion. *Ann Med* 2006;38(2):116-125. <https://doi.org/10.1080/07853890600585795> [Links]
7. Rubin BK. Mucolytics, expectorants, and mucokinetic medications. *Respir Care* 2007;52(7):859-865. [Links]