



**Mi Universidad**

**Nombre del alumno:**

**Fernanda Paribanu Jiménez  
García**

**Nombre del tema: TECNICAS  
DE ASPIRACION DE  
SECRECIONES**

**Parcial: 1**

**Nombre de la  
materia: ENFERMERIA CLINICA  
II**

**Nombre del profesor: Sandra  
Yazmin Ruiz Flores**

**Nombre de la licenciatura:  
Enfermería**

**Cuatrimestre: 5**

**17 de Enero del 2023 a;  
Pichucalco Chiapas**

# MATERIALES PARA LA INTUBACION

- Aporte de O2 al 100%.
- Mascarilla facial con bolsa reservorio (Ambú).
- Equipo de succión
- Catéteres de succión.



- Estilete o fiador.
- Pinzas de Magill
- Cánula bucal.
- Cánula nasal
- Mango de laringoscopio y hojas (curvas, rectas, varios tamaños).



- Tubos endotraqueales
- Jeringa para insuflación de manguito.
- Apoyo de cabeza
- Anestésicos
- Cinta para fijar



- Sistema de succión con extremo amigdalario rígido (Yankauer)
- Lubricante
- Personal suficiente.
- Monitor.

# NASOTRAQUEAL

La intubación nasotraqueal suele ser el abordaje electivo de la vía aérea en cirugías orales y maxilofaciales, permitiendo así un campo quirúrgico libre.

## Técnica

1.

Preparar todo el equipo necesario incluyendo el equipo para el intubación endotraqueal, en caso de que llegue a ser necesario.

Si el paciente está consciente se le explica la maniobra



2.

Se introduce por la nariz de igual forma que con la cánula nasofaríngea, con la diferencia de que el tubo en la INT atravesará la glotis.

Anestesia la nariz y la faringe si el paciente es consciente. Utilice un vasoconstrictor si hay tiempo.



3.

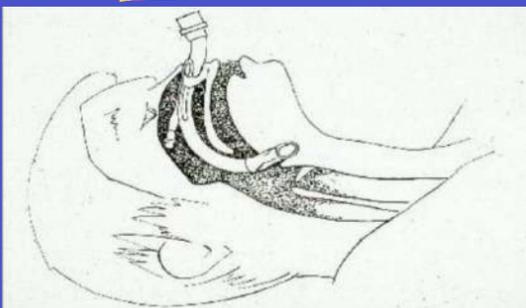
### LUBRICAR EL TUBO

- Pruebe el globo.
- Poner el adaptador adentro firmemente.
- Colocar el tubo a lo largo del piso de la nariz.
- Va la parte posterior recta-- como en la colocación de un tubo nasogástrico.
- Después de que el tubo pase el nasopharynx, avanzar de a 2 centímetros a la vez.



4.

Si no oímos más respiraciones a través del tubo, tire de él poco y vuélvalo a dirigir.



5.

La INT podría utilizarse en paciente con apnea, no se aconseja en las emergencias, requerimos algún ayudante, y en este caso debemos contar con una pinza Magill para colocar el tubo a través de la glotis.



6.

### CONTRANDICACIONES

- Contraindicaciones Absolutas: Apnea
- Contraindicaciones Relativas:
  - Cuerpos extraños en la vía aérea superior.
  - Diátesis hemorrágica.
  - Epiglotitis.
  - Rhinorrea, y/o Rhinorragia
  - Fracturas faciales

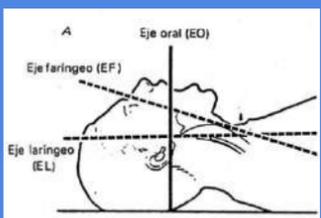


# OROTRAQUEAL

- Colocar la cara del paciente a la altura del apéndice xifoides, de la persona que realizara la intubación.
- El paciente se debe ubicar en posición de olfateo, colocando debajo de la cabeza una almohada de 8-10 cm de altura.
- Con el fin de alinear los ejes oral, laríngeo y faríngeo.



- Oxigenar c/ MF, durante todo el procedimiento se debe admr. O2.
- Esto permite una mantener niveles de O2 normal.
- Se administra fármaco para inducir al estado de inconsciencia.
- Verificar los elementos necesarios que estén al alcance.



- Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha del paciente.
- Desplazando la lengua hacia la izquierda en dirección a la línea media.
- Elevar el laringoscopio en una dirección de 45° en relación a la horizontal, sin presionar sobre los dientes o tejidos orales.
- Visualmente identificar la epiglotis y luego cuerdas vocales.



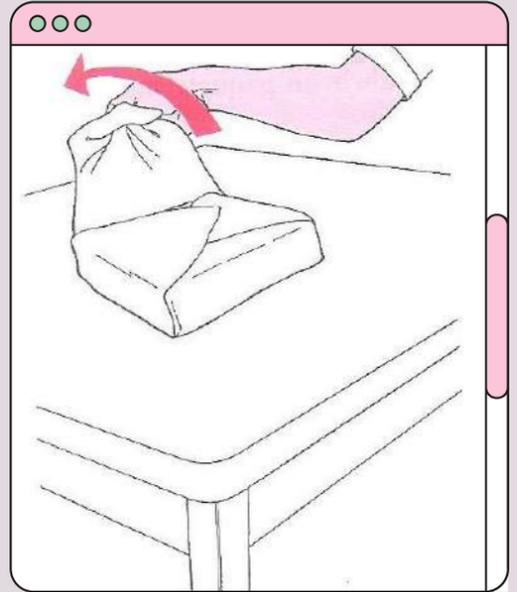
- Con la mano derecha insertar el tubo endotraqueal.
- Continuar hasta atravesar las cuerdas vocales.
- El extremo proximal del tubo, al nivel de la comisura labial entre los 19 y 23cm, en la mayoría de los adultos.

- Infle el balón del tubo con suficiente aire para lograr un sello adecuado
- Cerciorarse de la posición del tubo ventilando por medio del dispositivo bolsa-válvula-tubo.
- Observar expansión torácica y auscultar tórax y abdomen.
- Asegurar el tubo

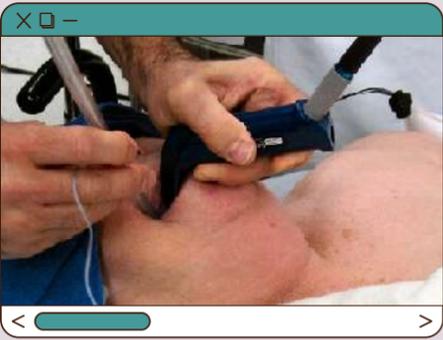


# ENDOTRAQUEAL

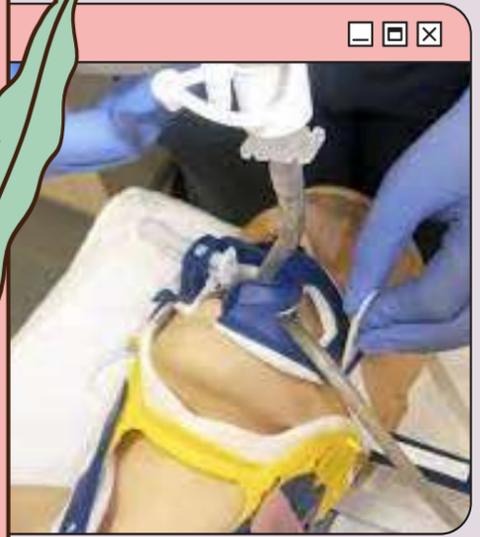
- Primero extender el paño estéril y colocar todo el material sobre este. Comprobar el material que se va a utilizar (balón de neumotaponamiento y laringoscopio)
- Colocar a paciente en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión. La persona que va a realizar la intubación se debe situar detrás de la cabeza del paciente.



- Abrir la boca del paciente, retirar prótesis dentales y cuerpos extraños, si es necesario aspirar.
- Ventilar y oxigenar al paciente con cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con reservorio conectado a una fuente de oxígeno.
- Coger el laringoscopio con la pala montada o con la mano izquierda, introduzca la pala por el lado derecho del boca deslizándose al tiempo que va desplazando la lengua hacia la izquierda.



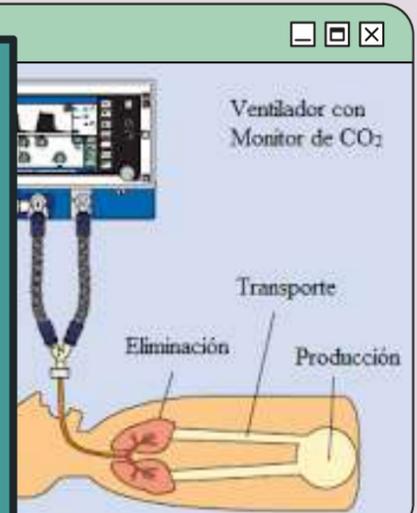
- No deje de ver el extremo distal de la pala, hacer tracción hacia arriba y adelante, sin hacer palanca en los dientes hasta visualizar las cuerdas vocales.
- Coger el tubo con la mano derecha e introducirlo entre las cuerdas vocales, hasta que el balón del neumotaponamiento las sobrepase.



Comprobar la correcta inserción del tubo en la tráquea ventilando al paciente: empañamiento del tubo, movimientos torácicos bilaterales. Al mismo tiempo auscultar epigastrio y ambos campos pulmonares.



- Inflar el balón de neumotaponamiento con una jeringa de 8-10 cc de aire.
- Colocar el sensor de capnometría para medición CO<sub>2</sub>.
- Asegurar el tubo endotraqueal con el fijador de tubo.



# CIRCUITO ABIERTA Y CERRADA

## Herramientas o materiales

- Sistema de aspiración
- o Sonda de aspiración
- o Equipos para aspiración
- o Solución fisiológica al 0.9% de 250 ml (Agua estéril)

Sistema  
de  
succión

Frasco de aspiración  
Fuente de oxígeno  
Fuente de succión

- Tubo tígón
- o Adaptador delgado y grueso (si aplica)
- o Jeringa de 1 y/o 3ml
- o Estetoscopio.
- o Bolsa de resucitación acorde a la edad
- o Gasas estériles.

o Cubre bocas  
o Protección ocular (gafas o goggles)  
o Guantes ambidiestros estériles y no estéril  
o Solución antiséptica: Alcohol Gel o Solución con Gluconato de Clorhexidina para higiene manos.  
o Monitor en las áreas críticas y en hospitalización si es posible.

# CIRCUITO ABIERTA

- Coloca los guantes limpios ( no estériles)
- Realiza aseo bucal, antes de aspirar, con cepillo y clorhexidina al 2%. En neonatos únicamente con agua bidestilada
- Retira guantes, realiza higiene de manos y calza guantes estériles
- Protege la unión de sonda y el adaptador con una gasa estéril, para prevenir la contaminación de la conexión, con la mano diestra enrollar la sonda en la mano no diestra.



- (Ayudante) desconecta el tubo endotraqueal del respirador, el operador proporciona gasa estéril al ayudante para cubrir la boquilla del ventilador, el ayudante pre oxigena por 30 segundos.

- Lubrica la sonda de aspiración e introduce en el tubo endotraqueal con la mano diestra la sonda para la aspiración, con la mano no diestra manejará la válvula de control, los dedos pulgar e índice



Retira la sonda de 1 a 3 cm aplicando presión negativa tras ocluir el orificio de la válvula de control, empezar a retirar con movimientos rotatorios el catéter o sonda de aspiración, dicho procedimiento no debe superar los 10 a 15 segundos como máximo desde que se desconecta la boquilla del circuito del respirador o bolsa de resucitación, hasta que se vuelve a conectar a la bolsa de resucitación o respirador, ya que más tiempo incrementa el riesgo de hipoxemia, daño a la mucosa y posibilita la pérdida de volumen pulmonar.



- Limpia el catéter o sonda de aspiración con una gasa estéril y enjuagar con la solución fisiológica 0.9% la cual se encuentra contenida en la flanera del equipo de aspiración
- Valora la necesidad de repetir el procedimiento de aspiración, de acuerdo a las características de las secreciones aspiradas, respuesta de mejora general del paciente, deja un intervalo de 1 a 2 minutos de recuperación entre la segunda o sucesivas aspiraciones, hasta que haya una mejora evidente en la saturación de oxígeno por encima del 90%.

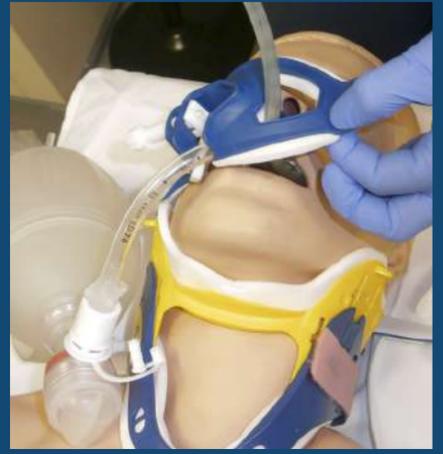


- Conecta la cánula al ventilador verificando los parámetros establecidos, una vez concluido el procedimiento.
- Limpia con una gasa estéril el catéter o sonda de aspiración enjuagar con solución fisiológica 0.9%, además del tubo de aspiración antes de la desconexión del catéter o sonda de aspiración, está última deberá ser desechada por turno

- Coloca la bolsa de resucitación dentro de la bolsa de grado médico, cuidando que no se contamine.
- Retira guantes y desecha

# Aspiración de secreciones con circuito cerrada

- Selecciona la medida adecuada del catéter de aspiración en "Y" según medida de tubo endotraqueal
- Retira el adaptador o boquilla original del tubo endotraqueal y reemplaza por dispositivo en "Y", reconecta al circuito del respirador, con la finalidad que la base de "Y" vaya al paciente, un extremo al ventilador y el otro a la sonda de aspiración



- Rota y comprime la válvula de control simultáneamente, ajusta el nivel de presión negativa del sistema de succión
- Libera la compresión de la válvula de control y retira la válvula de seguridad en caso de contar con ella

- Sujeta la pieza en "Y" con una mano e introduce la sonda con el índice y el pulgar de la mano opuesta hasta la medida estipulada, a la altura de la bifurcación de la "Y"



Libera la sonda y comprime la válvula de control para aplicar aspiración por un periodo máximo de 10 segundos. Retira la sonda suave y rápidamente, pero de manera efectiva, con la finalidad de extraer las secreciones.

- Rota la tapa de control para asegurar el cierre de la aspiración.
- Evalúa la respuesta del paciente al procedimiento de aspiración y ausculta campos pulmonares, repetir el procedimiento de aspiración en caso necesario



- Verifica la SaO2 y la clínica respiratoria del paciente.
- Verifica condiciones de recuperación del paciente, ausculta campos pulmonares y aplica medidas de confort.
- Realiza lavado de manos
- Realiza anotaciones correspondientes



# Perilla de huele

- Coloque al bebé con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Coloque algunas gotas de solución nasal salina en cada orificio nasal del bebé, si es necesario.
- Las gotas ayudarán a disolver el moco.



- Apriete la base redonda de la perilla con el pulgar.
- Introduzca suavemente la punta de la perilla hasta que quede ajustada en la nariz del bebé.



- Deje de apretar la perilla para extraer (succionar) el moco de la nariz.
- Después de usar la perilla, lávela con agua enjabonada tibia.



- Enjuáguela bien y exprímala para sacarle toda el agua que pueda haber quedado.
- Succionar demasiado a menudo puede empeorar la congestión y también puede causar que las mucosas de la nariz se hinchen o sangren.



# Bibliografía

- [https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/X.Tecnica\\_de\\_Aspiracion\\_de\\_secreciones.pdf](https://www.pediatrica.gob.mx/archivos/burbuja/X.Tecnica_de_Aspiracion_de_secreciones.pdf)
- [https://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/manual\\_de\\_procedimientos\\_intubacion\\_endotraqueal.pdf](https://medi.usal.edu.ar/archivos/medi/docs/manual_de_procedimientos_intubacion_endotraqueal.pdf)
- <https://simulacionymedicina.es/wp-content/uploads/2013/01/manejo-de-v%C3%ADa-a%C3%A9rea.pdf>