



*Nombre del Alumno: Anahi Guadalupe Pérez Martínez*

*Nombre del tema :aspiración de secreciones*

*Parcial:1*

*Nombre de la Materia: Enfermería clínica 2*

*Nombre del profesor: Sandra Yasmin Ruiz*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería*

*Cuatrimestre: 5 B*

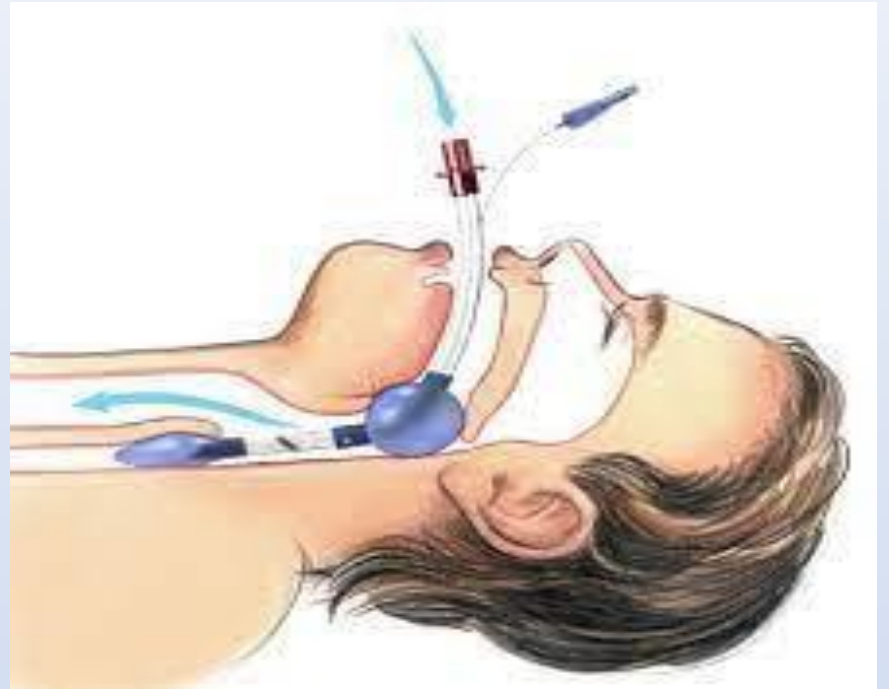
*Teapa., Tabasco 23 de Enero del 2023*



El aspirador de secreciones es un equipo con un compresor que crea una presión negativa o de vacío, llamada también succión.

## Aspiración Endotraqueal s/c procedimiento

- Desconectar el respirador
- Introducir el catéter a través del tubo cuidadosamente
- Iniciar la aspiración con movimientos rotativos del catéter, retirarlo gradualmente
- Limpiar con agua estéril o solución fisiológica
- Realizar intervalos de 3 minutos de una aspiración a otra, no exceder de 15 minutos para permitir una adecuada oxigenación
- Preparar al paciente, le explica el procedimiento y le pide su participación para un mejor resultado, esto disminuye la angustia del paciente y reduce los riesgos.
- Explica la importancia de que el paciente tosa durante el procedimiento para remover las secreciones, en caso de que esté consciente el paciente.
- Reúne el material y equipo en la unidad del paciente.
- Valora la placa de rayos X de tórax.
- Ausculta los campos pulmonares del paciente.
- Proporciona palmo percusión al paciente.
- Ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda en semifowler o fowler
- Coloca una toalla protectora cruzada sobre el tórax del paciente
- Verifica que la fijación de la cánula endotraqueal del paciente sea segura
- Se lava las manos
- Se coloca los guantes
- Retira el sistema de aspiración cerrado de su envoltura. Conecta el tubo en T a la conexión del equipo del ventilador.
- Conecta la conexión al tubo endotraqueal. Conecta la entrada de aspiración a la pared
- Presiona la válvula de control y establece la aspiración al nivel adecuado empezando entre 80 y 100 mm Hg y libera la válvula de control.



### TÉCNICAS

Convencional Conjunto de técnicas destinadas a despegar de las paredes las secreciones y transportarlas proximalmente hasta su expulsión. La mayoría de ellas precisa del concurso de un fisioterapeuta o adulto entrenado durante el aprendizaje o en su realización (percusión y vibración). Incluyen:

- Drenaje postural.
- Ejercicios de expansión torácica.
- Control de la respiración, respiración diafragmática
- Percusión torácica
- Vibración torácica.
- Compresión torácica.
- Tos provocada y dirigida
- oxigenoterapia

## Aspiración Endotraqueal s/a 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. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 25
- 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.
- Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con movimiento continuo sin volver a introducirla
- 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.
- Registrar el procedimiento

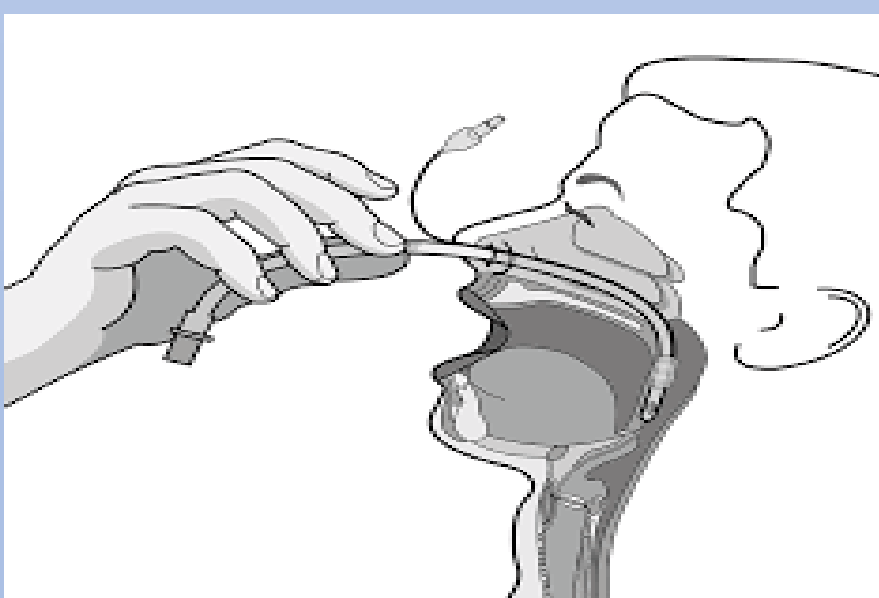
1. Asegurarse que la fijación del tubo orotraqueal esté segura y explicar el procedimiento al paciente si está consciente.
2. Colocarlo en posición semi-fowler si no hay contraindicación médica.
3. Verificar si el aspirador funciona de manera correcta y ajustar la presión de succión entre 80- 120 mmHg.
4. Preparar la bolsa de insuflación manual (Ambú) debidamente conectada a la fuente de oxígeno y ubicarla cerca del paciente.
5. Previo lavado de manos, se procede a la colocación de guantes estériles.
6. El profesional que asiste el procedimiento abrirá de su envase estéril la sonda de aspiración y se la presenta al que realizara la aspiración de secreciones con el fin de mantener la esterilidad.
7. Preoxigenar al paciente con FiO2 100% al menos durante un minuto.
8. El profesional que asiste el procedimiento desconecta al paciente del respirador.
9. El encargado de aspirar introduce la sonda en el tubo orotraqueal sin que esta succione aun.
10. Asegurarse de introducir la sonda con la misma longitud del tubo orotraqueal y no avanzar más cuando se note resistencia.
11. Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con movimiento circular continuo sin volver a introducirla no sobrepasando más de 10 segundos para no robar oxigenación al paciente.
12. Si las secreciones son muy espesas, instilar solución fisiológica 0.9% a través del Tubo orotraqueal, y ventilar con Bolsa de insuflación manual (ambú) dos o tres veces y seguidamente aspirar.
13. Lavar la sonda con solución fisiológica 0.9% si se va a aspirar después faringe y boca, aunque preferiblemente lo mejor es utilizar otra sonda.
14. Lavar el tubo o manguera de aspiración con agua bidestilada así como el recipiente de reservorio.
15. Descartar la sonda de aspiración y después de unos minutos tras la aspiración, ajustar la FiO2 al valor inicial preestablecido si la condición clínica del paciente lo permite.
16. Lavarse las manos y registrar el procedimiento realizado así como las características y cantidad de las secreciones extraídas.
17. Monitorizar continuamente al paciente.



### Aspiración Orotraqueal S/c procedimiento

Es similar al anterior, con la diferencia que la sonda está cubierta por un manguito de plástico que suprime la necesidad de desconectar al paciente del respirador y que este procedimiento lo puede realizar un solo recurso de enfermería. Se procede a retirar el sistema de aspiración cerrada de su envoltorio y se coloca entre el tubo orotraqueal y las conexiones al ventilador mecánico. Luego se conecta el extremo de esta sonda al tubo o manguera de aspiración donde trae una válvula de control de abierto o cerrado para permitir el paso de la sonda hasta el tubo orotraqueal y aspirar cuando se presione la válvula de aspiración. Esta aspiración no debe durar más de 10-15 segundos y se debe retirar suavemente la sonda se gira la válvula de control hasta la posición de cerrado, por el orificio de irrigación colocar la inyectora de 10 ml con solución fisiológica al 0.9% para fluidificar las secreciones y se repite este procedimiento las veces que sea necesaria, muy importante descartar este sistema cada 24 horas para evitar el crecimiento de microorganismos.

### Aspiración Nasotraqueal



La intubación nasotraqueal suele ser el abordaje de la vía aérea seleccionado para la cirugía oral y maxilofacial para permitir un campo quirúrgico libre. Es una técnica de intubación inusual con una alta tasa de éxito. Sin embargo, no está exento de dificultades y complicaciones en determinados grupos de pacientes, como aquellos con tumores orales, faciales o cervicales. El AirTraq® El laringoscopio (Prodol Meditec, Vizcaya, España) es un dispositivo óptico que facilita la intubación traqueal mediante la visualización indirecta de las cuerdas vocales, evitando la necesidad de alinear los ejes oral, faríngeo y laríngeo. Ha demostrado ser útil en varios escenarios de vía aérea difícil (DA). Hay una versión del dispositivo para ayudar con la técnica de intubación nasal. Se comentan dos casos de tratamiento de braquiterapia oral clasificados como DA; la intubación nasotraqueal del paciente despierto fue exitosa utilizando el laringoscopio óptico Airtraq.

# BIBLIOGRAFIA

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qG6kgQJBbFPxdzQxLtKDQLS/?format=pdf&lang=es>  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-1999/en991i.pdf>

ciencedirect.com/science/article/pii/S0120334715000040#:~:text=La%20intubaci3n%20nasotraqueal%20suele%20ser,con%20alto%203ndice%20de%203xito.