



UDS

Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: PEREYRA CALVO CAROL DENISSE

TEMA: UNIDAD I: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

PARCIAL: PRIMERO.

MATERIA: ENFERMERÍA CLÍNICA II.

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. VAZQUEZ ESCOBAR REBECA MARILI.

LICENCIATURA: ENFERMERÍA.

CUATRIMESTRE: QUINTO.

Frontera Comalapa, Chiapas a 24 de enero del 2025.

ACUACION DE ENFERMERÍA EN: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

Consisten

METODO PARA LA ASPIRACION DE SECRECIONES.

- Método abierto.
- Método cerrado.

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.

ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL CON SISTEMA 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

1.- Explicar el procedimiento al paciente si está consciente.

2.- Colocarlo en posición semi-fowler si no hay contraindicación.

5.- Mantener el ambú cerca del paciente y conectado a la fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.

6.- Lavado de manos.

7.- Colocación de guantes estériles. Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.

10.- Desconectar al paciente del respirador.

11.- Introducir la sonda a través del TET sin aspirar y con la mano dominante.

16.- Lavar la sonda con suero fisiológico si se va a aspirar después faringe y boca.

17.- Desechar la sonda y aclarar el tubo o goma de aspiración con agua bidestilada.

18.- Transcurrido un minuto tras la aspiración, ajustar la FiO2 al valor inicial preestablecido.

3.- Verificar que la fijación del TET sea segura.

4.- Comprobar el funcionamiento del aspirador y ajustar la presión de succión entre 80- 120 mmg.

8.- La persona que ayuda abrirá de su envase estéril la sonda de aspiración que nosotros cogemos con la mano estéril; con la otra mano limpia cogemos el tubo o goma de aspiración.

9.- Pre oxigenar al paciente con FiO2 100% al menos durante un minuto.

12.- No avanzar más cuando se note resistencia.

15.- En caso de secreciones muy espesas, instilar suero fisiológico a través del TET, ventilar con ambú dos o tres veces y seguidamente aspirar.

19.- Lavarse las manos.

20.- Observar al paciente.

21.- Registrar el procedimiento

13.- Aspirar rotando la sonda suavemente y retirarla con movimiento continuo sin volver a introducirla.

14.- La aspiración no durará más de 10 segundos.

ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL CON SISTEMA CERRADO.

MATERIAL

1.- Aspirador de vacío.

2.- Recipiente para la recolección de secreciones.

9.- Botella de agua bidestilada.

10.- Catéter de aspiración cerrada: Catéter estéril cubierto por un manguito de plástico que suprime la necesidad de desconectar al paciente del respirador.

4.- Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.

5.- Tubo de Mayo.

6.- Jeringa de 20 ml.

7.- Suero fisiológico estéril.

8.- Botella de agua bidestilada.

PROCEDIMIENTO

Explicar el procedimiento al paciente si está consciente.

1.- Posición semi-fowler si no hay contraindicación.

2.- Verificar que la fijación del TET sea segura.

3.- Verificar el funcionamiento correcto del aspirador y ajustar la presión de succión en 80-120 mmHg.

COMPLICACIONES

Lesiones traumáticas de la mucosa traqueal.

- Hipoxemia.
- Arritmias cardíacas.
- Atelectasias.
- Bronco aspiración.
- Reacciones vágales.
- Broncoespasmo.
- Extubación accidental.

PREPARAR EL AMBÚ Y CONECTARLO A LA FUENTE DE OXÍGENO A 15 LITROS POR MINUTO.

1.- Lavarse las manos.

2.- Ponerse los guantes.

3.- Retirar el sistema de aspiración cerrada de su envoltorio.

4.- Intercalar el sistema entre el TET y la conexión al respirador.

SIGNOS QUE INDICAN LA PRESENCIA DE SECRECIONES.

• No se debe realizar aspiraciones innecesarias, por ello previamente realizaremos una valoración buscando.

• Secreciones visibles en el TET

• Sonidos respiratorios tabulares, gorgotean tés

• Disnea súbita

• Crepitaciones a la auscultación

• Aumento de presiones pico

• Caída del volumen minuto

• Caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión CO₂.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

La fisioterapia respiratoria hace referencia al conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar las secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar.

Se incluyen la oxigenoterapia con gafas nasales para paliar la desaturación en pacientes con deterioro respiratorio, la nebulización previa con broncodilatadores y la nebulización posterior con corticoides y antimicrobianos.

Las técnicas, tanto si son autoadministradas como si precisan de un adulto, requieren entrenamiento y supervisión por parte de un médico rehabilitador y fisioterapeuta especializado.

A menudo, la fisioterapia respiratoria se combina con otros tratamientos para facilitar el resultado deseado.

TÉCNICAS

Convencional

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).

Vibración torácica.

Se aplican las manos, o las puntas de los dedos, sobre la pared torácica y sin despegarlas se genera una vibración durante la espiración.

Se combina con la compresión y el drenaje postural.

Incluyen

Compresión torácica.

Facilita la espiración comprimiendo la caja torácica mediante un abrazo, aplicando presión sobre el esternón y las porciones inferiores y laterales del tórax.

En los lactantes se aplica presión con las palmas de las manos apoyadas sobre la región inferior, anterior y lateral de la caja torácica.

Tos provocada y dirigida.

El despegamiento de la mucosidad de la pared desencadena habitualmente la tos.

En su defecto, puede provocarse la tos aplicando una suave presión sobre la tráquea en el hueco supraesternal al final de la inspiración.

Drenaje postural.

Facilita el drenaje gravitacional con la adopción de diversas posturas que verticalicen las vías aéreas de cada segmento o lóbulo pulmonar.

En lactantes los cambios posturales se realizan en el regazo del adulto y en los niños mayores se empleaban mesas oscilantes o almohadas.

Actualmente se utiliza en ambos la posición decúbito lateral y en sedestación, dado que la postura en Trendelenburg incrementa el trabajo respiratorio y aumenta la desaturación.

Ejercicios de expansión torácica.

Se llevan a cabo con la realización de inspiraciones máximas sostenidas mediante una apnea breve al final de aquéllas, seguidas de una espiración lenta pasiva.

En los niños más pequeños se recurre a la risa y el llanto. En los pacientes ventilados se emplea la hiperinsuflación manual. Se pueden emplear incentivadores.

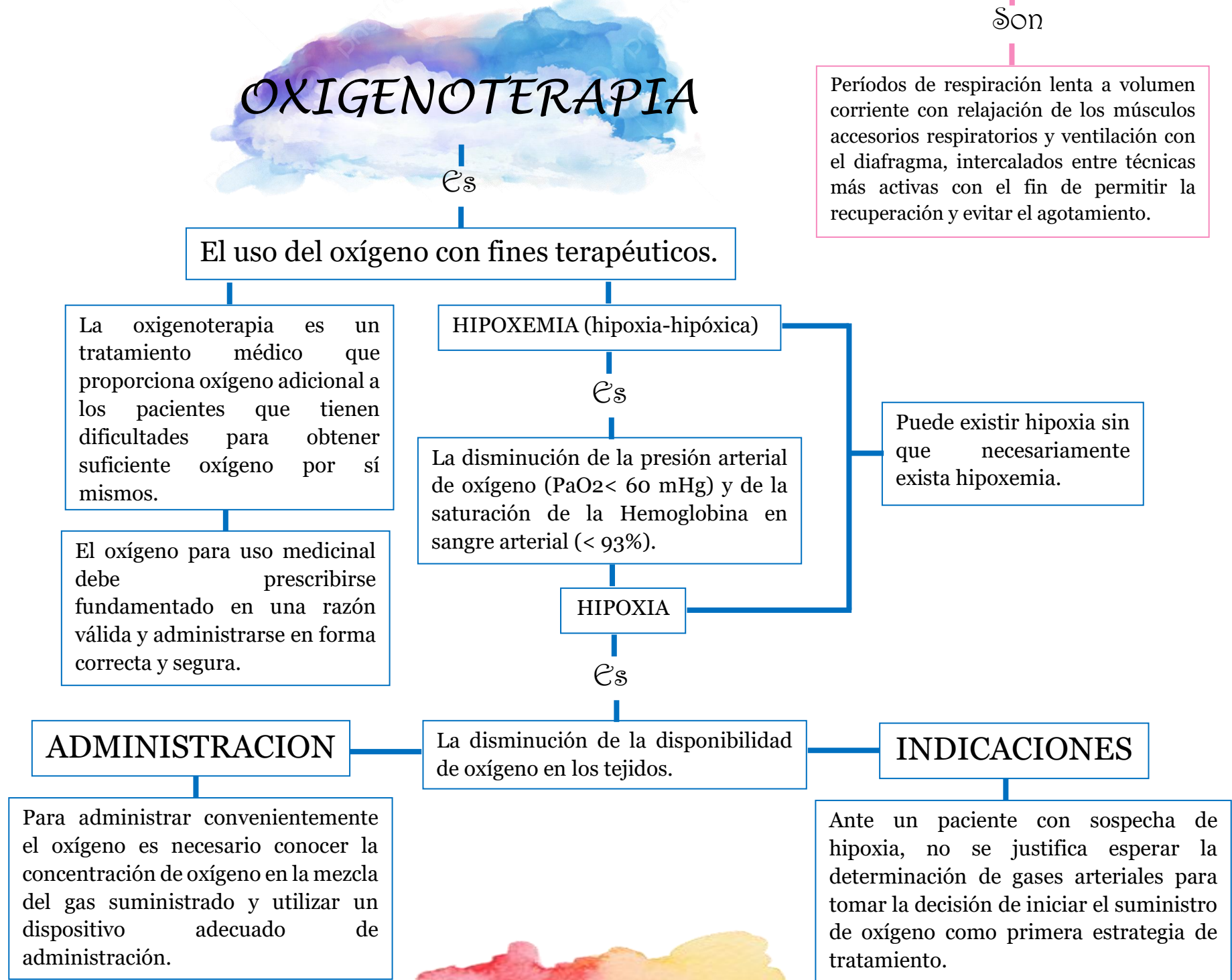
Control de la respiración, respiración diafragmática.

Percusión torácica.

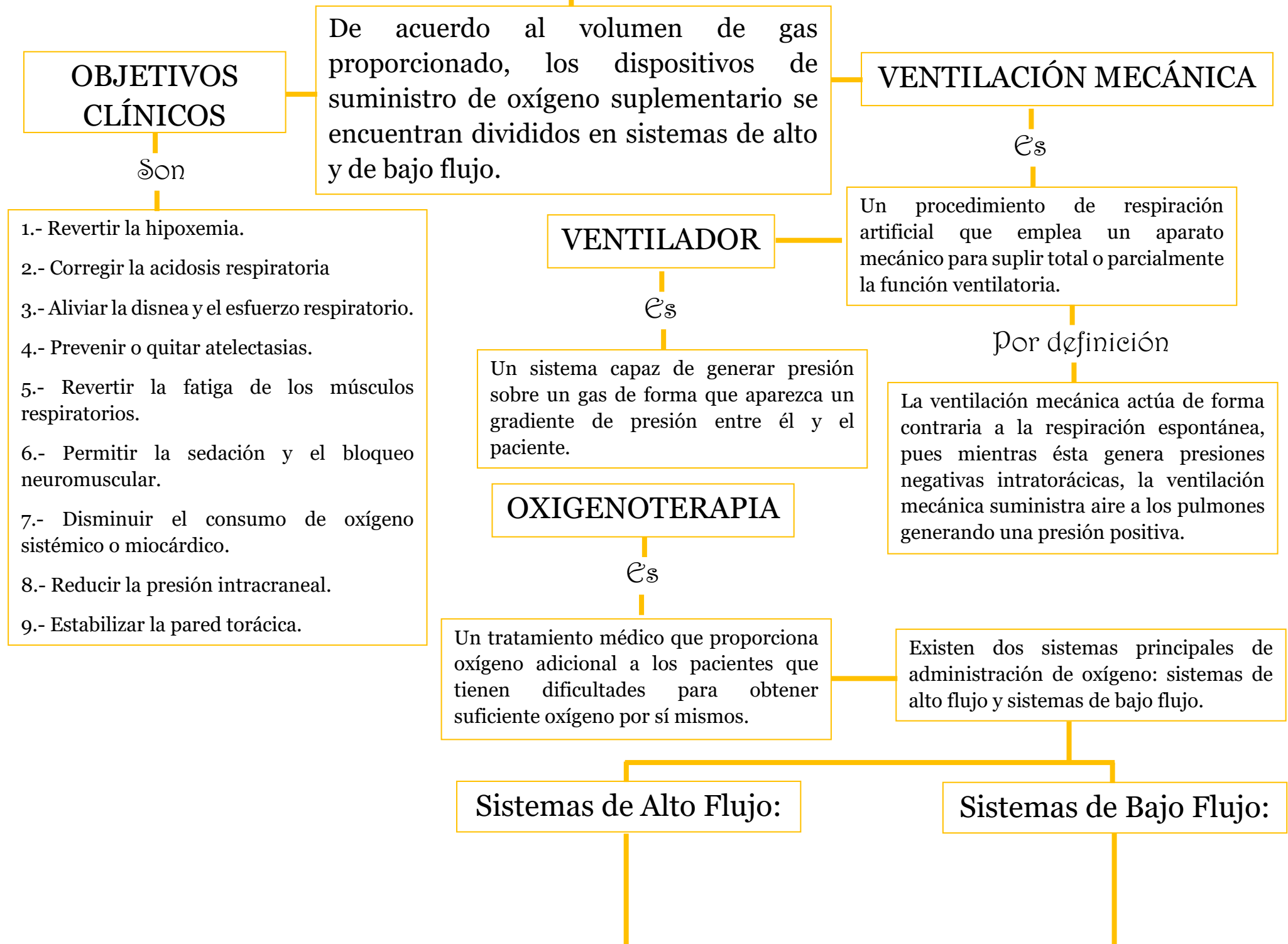
Golpeteo repetido con la punta de los dedos en lactantes, la mano hueca en niños mayores o una mascarilla hinchable sobre las distintas zonas del tórax.

Se combina con el drenaje postural.

OXIGENOTERAPIA



DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACIÓN



GASOMETRÍA

La gasometría arterial (GA)

Es

Una prueba que permite analizar, de manera simultánea, el estado ventilatorio, el estado de oxigenación y el estado ácido-base.

Se realiza en una muestra de sangre arterial; no obstante, en circunstancias especiales, también se puede realizar en sangre venosa periférica o sangre venosa mezclada.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La GA es el estándar de oro para diagnosticar anomalías en el intercambio gaseoso y del equilibrio ácido-base.

La GA es de utilidad en la evaluación de pacientes críticamente enfermos o pacientes estables con enfermedades respiratorias crónicas.

En este último grupo es especialmente útil para analizar la necesidad de prescribir oxígeno suplementario o ventilación no invasiva en caso de insuficiencia respiratoria crónica.

Algunas contraindicaciones para realizar una GA

Incluyen

- prueba modificada de Allen negativa; es decir, ausencia de circulación colateral.
- lesión o proceso infeccioso en el sitio de punción.
- ausencia de pulso en la zona donde se planea llevar a cabo la punción arterial,
- presencia de fístula arteriovenosa (tratamiento con hemodiálisis) en el sitio considerado para la punción.
- coagulopatía o anticoagulación con dosis medias-altas.

• Cánulas Nasales de Alto Flujo:

Este sistema utiliza cánulas nasales especiales que entregan flujos de oxígeno superiores a los que se encuentran en los sistemas de bajo flujo.

Pueden proporcionar una mezcla precisa de oxígeno y aire a velocidades de flujo más altas, lo que es beneficioso para pacientes con necesidades de oxígeno variables.

• Máscaras de Alto Flujo:

Estas máscaras están diseñadas para suministrar flujos de oxígeno más altos que las máscaras convencionales.

Pueden usarse en pacientes que requieren una mayor concentración de oxígeno y permiten la administración de flujos precisos y controlados.

• Sistemas de Alto Flujo con Humidificación:

Algunos sistemas de alto flujo incluyen la humidificación del oxígeno antes de su administración.

Esto es especialmente útil para prevenir la sequedad en las vías respiratorias y mejorar la tolerancia del paciente al tratamiento.

• Cánulas Nasales de Bajo Flujo:

Son el método más común de oxigenoterapia de bajo flujo.

Se colocan en las fosas nasales del paciente y proporcionan un flujo de oxígeno a un ritmo específico.

El porcentaje de oxígeno inspirado puede variar según el flujo y la frecuencia respiratoria del paciente.

• Máscaras de Bajo Flujo:

Estas máscaras suministran una concentración específica de oxígeno al paciente, pero la cantidad de oxígeno suministrada puede variar según la respiración del paciente y el ajuste de la máscara.

Es importante destacar que la elección entre sistemas de alto y bajo flujo depende de varios factores, como la condición clínica del paciente, la concentración de oxígeno requerida y la capacidad del paciente para mantener una respiración adecuada.

Además, a supervisión médica es esencial para ajustar los niveles de oxígeno según sea necesario.