

PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES TRAQUEALES Y OROFARÍNGEAS.

LUISA ESTEBAN TOVAR.
Enfermera 3ª B

DEFINICION

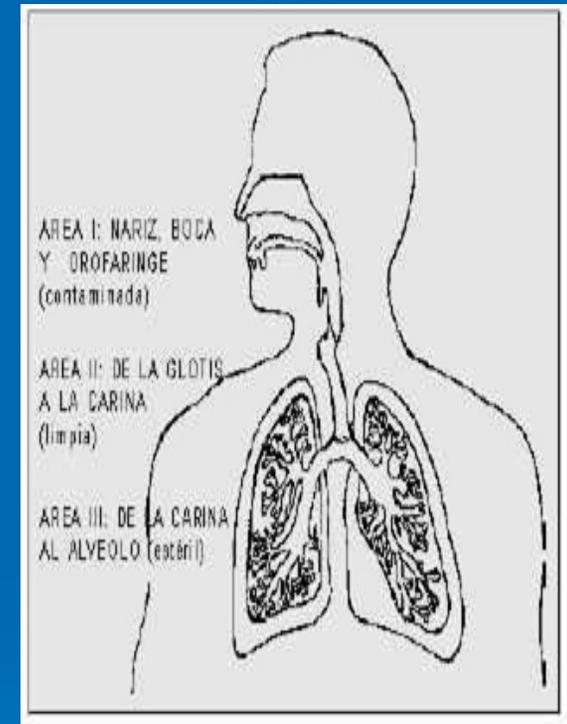
- Intervención enfermera consistente en el conjunto de actividades encaminadas a extraer secreciones, restos de sangre o contenido gástrico del árbol bronquial mediante una sonda conectada a un aspirador, cuando el paciente no puede hacerlo por si mismo.
- Dicha aspiración puede realizarse a través de la boca, nariz, tubo endotraqueal o por un estoma traqueal

OBJETIVOS

- Facilitar la ventilación respiratoria eliminando las secreciones que obstruyen la vía aérea.
 - Prevenir la aparición de infecciones respiratorias por acumulo de secreciones, de atelectosias y de hipoxia.
 - Obtener secreciones para fines diagnósticos.
 - Estimular la tos y la respiración profunda.
- 

PRECAUCIONES/CONTRAINDICACIONES

- Coagulopatías.
- Lesiones de la mucosa orofaríngea
- Cirugía o patologías maxilofaciales.
- Patologías sistémicas, inestabilidad hemodinámica (I.A.M., broncospasmo, etc.)
- Varices esofágicas.
- Crisis asmática aguda.
- Incremento de la ansiedad e intolerancia al procedimiento por parte del paciente.



RECURSOS

Humanos:

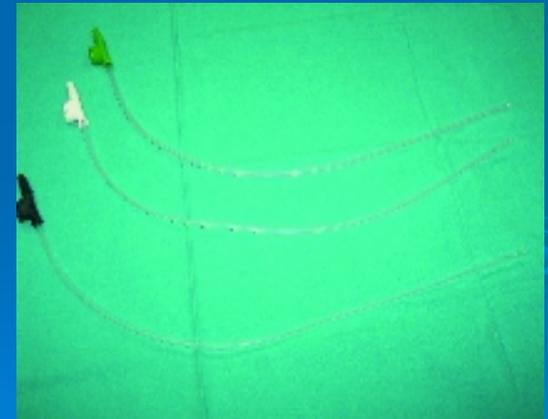
- Enfermero/a con mascarilla
- Auxiliar de enfermería con mascarilla.



RECURSOS

Materiales:

- Guantes de un solo uso estériles.
- Sonda de aspiración estéril con orificio de control de aspiración (elegir el tamaño adecuado)



RECURSOS

Materiales:

- Fuente de O₂ (de pared o portátil) y gafas/mascarilla nasal.
- Equipo de aspiración de vacío que alcance niveles de aspiración entre 80 y 120 mm. de Hg.



RECURSOS

Materiales:

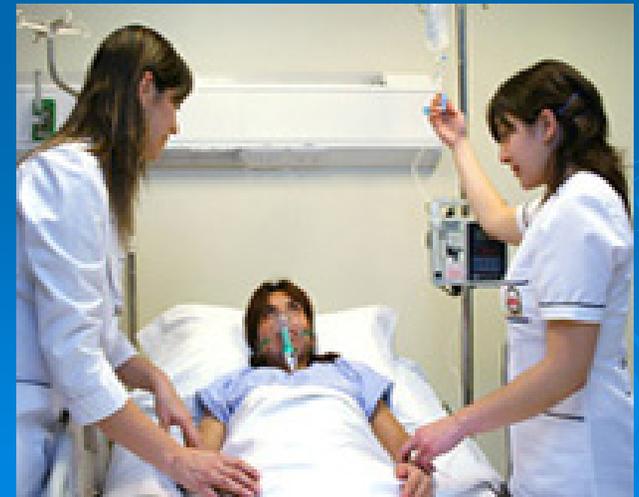
- Soluciones antisépticas de lavado.(S.F + Clorhexidrina)
- Gasas y lubricante hidrosoluble estériles.
- Güedel o tubo de Mayo si se precisa
- Bolsas para residuos y empapador.



INFORMACIÓN AL PACIENTE.

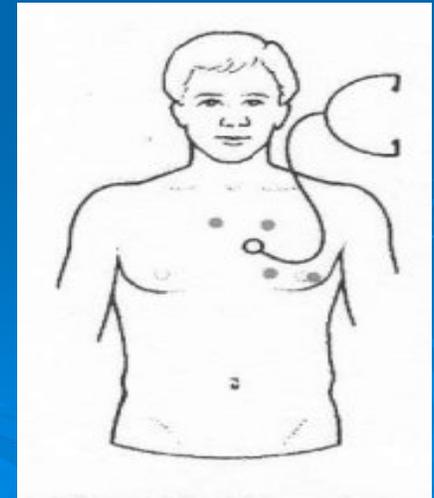
Antes de realizar la técnica se informa paciente/familia:

- La forma de actuación.
- Los resultados esperados para conseguir la máxima seguridad y colaboración (incluso cuando el paciente parezca estar inconsciente o no comprender lo que se le dice).



PREPARACIÓN DEL PACIENTE.

- Antes de efectuar el procedimiento, valorar:
 - la pertinencia y necesidad de la aspiración
 - la existencia de patologías que pudieran contraindicar dicho procedimiento.
- Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la inserción del catéter de aspiración por vía nasal.
- Asegurarse que se interrumpen la técnica cuando el lo solicite.
- Aunque las zonas oro y nasofaríngeas no son estériles, se procurará que la técnica lo sea para evitar que las secreciones contaminadas puedan avanzar las vías respiratorias inferiores.

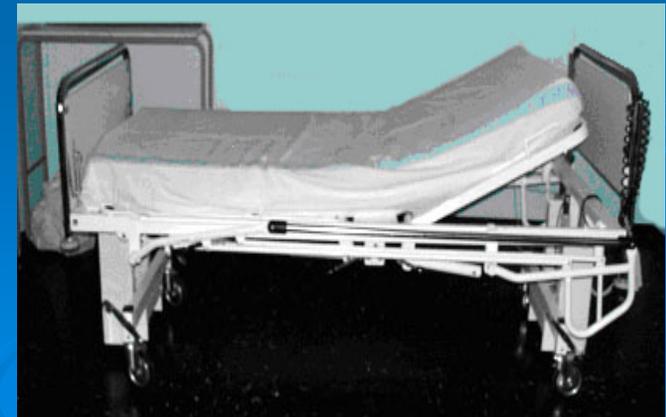


DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO



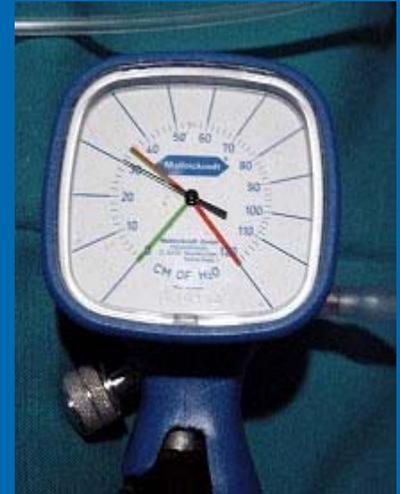
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos.
- Colocar al paciente en posición de Semi Fowler, con la cabeza vuelta hacia un lado, cuando la aspiración se vaya realizar por vía oral y con el cuello en hiperextensión cuando se realice por vía nasal.
- Colocar el empapador bajo la barbilla del paciente .
- Si el paciente está inconsciente colocarlo de cubito lateral.



DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Conectar el aspirador y el equipo de aspiración comprobando que funciona correctamente.
- Seleccionar la presión de aspiración:
 - 120 mm. de Hg. en adultos
 - 100 mm. de Hg. en niños.
 - 160 mm. de Hg. en lactantes.
- Valorar los signos vitales y los sonidos respiratorios para establecer el estado basal y comparar después de la aspiración.



DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Abrir la sonda de aspiración sólo por el extremo proximal (el que se conecta al aspirador) separando las lengüetas y sin extraerlo del envoltorio hasta el momento de la aspiración.
- Dejar el lubricante preparado para su uso.
- Ponerse los guantes estériles y la mascarilla.



DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Con la mano dominante cojer la sonda sujetándola por la porción proximal y enróscar sobre la mano, mientras con la otra sujeta el terminal del tubo conector y lo conecta a la sonda.
- Indique al paciente que respire profundamente 3 - 6 veces o si está recibiendo O2 valore la necesidad de hiper-oxigenarle.
- Introduzca al sonda suavemente y, sin aspirar, por la nariz o por la boca unos 30 cm. (si es adulto) haciéndolo girar lentamente entre los dedos para facilitar su penetración tanto como sea posible.

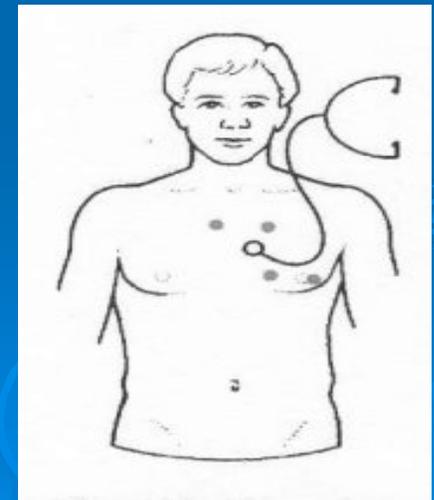


DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Iniciar la aspiración de forma intermitente con pequeños movimientos oscilatorios de rotación, mientras se va retirando la sonda.
- Retirar la sonda aspirando para limpiar las mucosidades de las vías altas.
- **No debe superar los 8-10 sg.**
- Irrigar la sonda de solución estéril, introduciéndola y aspirando.
- Si el paciente no presenta dificultad respiratoria, permitirle descansar durante unos **30 sg.** antes de introducir nuevamente la sonda.
- **¡¡No pasar más de 3 minutos realizando aspiraciones!!**

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

- Asegurarse de conectar el O2 al flujo prescrito, una vez finalizado el procedimiento.
- Desechar sonda, mascarilla y guantes tras la aspiración, asegurándose el dejar el equipo disponible para la próxima aspiración.
- Valoración de respiración/ventilación del paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.



OBSERVACIONES/CUIDADOS POSTERIORES

- Hidratación adecuada del paciente para fluidificar las secreciones:
 - => 2 L H₂O diarios.
(salvo contraindicación como infarto cardiaco, edema de pulmón, insuficiencia renal, ictus, etc.)
- Posición cómoda.
- Realizar lavados de las fosas nasales con suero salino y de la boca con solución antiséptica.
- Evitar realizar esta técnica después de las comidas del paciente.
- Respetar los aspectos de la confidencialidad y el Tto. del paciente.(comentarios..)
- Evaluación constante de la tolerancia del paciente y de la eficacia de la técnica

RIESGOS DE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Hipoxia:
 - Si es posible: utilizar el pulsioxímetro durante la aspiración para valorar Sat O₂
 - A veces es necesario hiper-oxigenar la paciente antes y después de la aspiración.
- Arritmias.
- Hipotensión y disrritmias.
- Controlar los signos vitales después de la aspiración, especialmente la TA.
- Atelectasias.

RIESGOS DE LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Una alta presión negativa durante la aspiración puede causar **colapso alveolar y pulmonar**.
- Asegurarse del adecuado tamaño de la sonda de aspiración.
- El nivel seguro para la aspiración es unos **120 mm. de Hg.**
- Náuseas y vómitos.
- Acceso de tos incontrolada.
- Por lesiones en la bifurcación traqueal (cerina).
- Traqueitis:
 - Secundaria a haber aspirado con frecuencia a un paciente con secreciones espesas sin haber lavado la vía aérea.
- Irritación nasal y epistaxis.
- Laringo/broncoespasmo

REGISTROS

Realizado el procedimiento se registrara:

- Frecuencia de las aspiraciones y razón para hacerlas.
- Características de las secreciones, cantidad y aspecto del aspirado.
- Control de los signos vitales y los sonidos respiratorios tras la aspiración y comparándolos con los que tenía previamente.
- Tolerancia del paciente al procedimiento
- Planificar los cuidados del mantenimiento.

BRONCOASPIRADO DE MUESTRAS



BRONCOASPIRADO DE MUESTRAS

INTRODUCCIÓN:

- La técnica de broncoaspirado es de realización frecuente en las unidades.
- Se realizan, junto con cultivos microbiológicos, para la detección precoz de infecciones en los pacientes.

OBJETIVOS

- El objetivo específico es la obtención, mediante técnica estéril de una muestra de secreciones precedentes del árbol bronquial, para su análisis microbiológico.

BRONCOASPIRADO DE MUESTRAS

INDICACIONES:

- Paciente intubado con fiebre sin foco.
- Paciente intubado de larga estancia en UCI (en algunas unidades se realizan cultivos seriados, una vez a la semana).
- Paciente cuyas secreciones empeoran de aspecto o cantidad.
- Descarte de foco respiratorio en paciente que ingresa con síntomas de infección, y/o sepsis y sin diagnóstico preciso.

CONTRAINDICACIONES:

- Paciente hemodinámicamente inestable, en el que la desconexión puede provocar una descompensación.
- Paciente respiratoriamente inestable o conectado a respirador de alta frecuencia, que no tolera las desconexiones.

BRONCOASPIRADO DE MUESTRAS

MATERIAL:

- Sistema de aspiración para recogida de muestras.(Con dos sondas, de tamaño pediátrico y neonatal)
- Conexión a vacío
- Sistema de conexión (según unidades)
- Guantes estériles

PERSONAL:

- 1 enfermera
- 1 Auxiliar de Enfermería

APERTURA CON TÉCNICA ESTERIL DE TODO EL MATERIAL

➤ PROCEDIMIENTO

➤ 2. LAVADO DE MANOS

➤ 3. PREOXIGENACIÓN:

➤ Excepto en R.N., subiremos la FIO₂ del respirador al 100%, para paliar en lo posible, la hipoxia provocada en la desconexión del respirador

➤ 4. APERTURA CON TÉCNICA ESTERIL DE TODO EL MATERIAL

➤ 5. GANTES ESTERILES:

➤ A partir de ese momento, todo el material nos será entregado por el auxiliar O enfermera ayudante

➤ 6. CONEXIÓN DEL SISTEMA RECOLECTOR AL VACIO

➤ 7. DESCONEXIÓN DEL NIÑO AL RESPIRADOR:

➤ Este paso lo realizará el auxiliar, siguiendo el procedimiento, tal como se ve en la ilustración, sujetando la cabeza del niño y el tubo endotraqueal, para impedir la extubación accidental.

➤ 8. INTRODUCCIÓN DE LA SONDA Y ASPIRACIÓN

➤ Introducimos la sonda hasta carina sin aspirar, retirándola un poco y comenzando a aspirar, al mismo tiempo que imprimimos un movimiento circular y vamos retirando la

DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO CON TÉCNICA ESTERIL



DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO CON TÉCNICA ESTERIL



Monitorización respiratoria



MUESTRA:

- Se precinta el frasco.
- Se identifica con etiqueta.
- Se mete en bolsa.
- Se contrasta datos con el volante
- Se envía al laboratorio.



Muestra de esputos

Envío de Muestra : Enviar en un período inferior a dos horas al laboratorio
Si no debe conservarse en nevera a 4° C.
Se recomienda obtener un volumen de 5 a 10 ml cuando sea posible.

Muestra Normal: Lavarse la boca con solución salina o agua templada
(Nunca usar antisépticos). Recoger el primer esputo de la mañana en envase
estéril con cierre de rosca.

Ayudarle a expectorar: Colocarle en la posición más adecuada para el drenaje,
y Decirle que tosa a la vez que le golpeamos suavemente.

Ayudarle a expectorar: Esputo Inducido: Nebulización con solución
hipertónica de cloruro sódico (de 5 a 10%) calentada.

BIBLIOGRAFIA(1)

- Castillo Hermoso Matilde: **ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES OROFARÍNGEAS.** TÉCNICAS y Procedimientos. Metas de Enfermería Edit. DAE .2009.
- Hospital Universitario Reina Sofía.: **ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA/ NASOFARÍNGEA.** Manual de Protocolos y Procedimientos Generales. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Hospital General Universitario “Gregorio Marañón”: **ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES DE LAS VÍAS OROFARÍNGEAS Y NASAL.** Manual de procedimientos de Enfermería.
- Unidad de cuidados Intensivos: **ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES BRONQUIALES.** Protocolos de Enfermería 2003. (2ª parte). Clínica Benidorm. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Unidad de traumatología: **ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES.** Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital Comarcal de la Axarquía.2ª PLANTA Ala Este.Marzo 2003.Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
- Ojeda Maroto,A; Sanz Martinez, M :**NORMAS GENERALES PARA TRATAMIENTO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS.** Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

BIBLIOGRAFIA (2)

- Oto Cavero Isabel et al: **ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES**. Enfermería Medico-Quirúrgica II. Necesidad de Oxigenación. Manual de Enfermería. Ed.Salvat 1990.
- L. Carroll, Patricia et al : **MANUAL DE CUIDADOS RESPIRATORIOS**. Ediciones Doyma SA 1991.
- Fdez-Reyes, I. **ASPIRACIÓN DE SECRECCIONES TRAQUEALES Y OROFARÍNGEAS**. Metas de enfermería. Dic 99/En 2000, N:21 : 16-19
- Esteve J, Mitjans J. **ENFERMERÍA. TÉCNICAS CLÍNICAS**. McGraww-Hill Interamericana; Madrid 2002.
- BrunnerLS, Suddarth DS. **ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA**. Ed. Interamericana 1989.
- Esteban A, Portero M. **TÉCNICAS DE ENFERMERÍA**. Ed. ROL, 2ª Edic. 1988.
- Procedimientos de Apoyo: **RESPIRATORIOASPIRACION DE SECRECCIONES NASO U OROFARINGEAS**
www2.udec.cl/ofem/neonat/res27.jpg.
- **Alía Prieto, M: BRONCOASPIRADO**. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España