

PROTOCOLO

ASPIRACION DE SECRECIONES EN PACIENTES

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

MAICAO, LA GUAJIRA



TABLA DE CONTENIDO

I. DEFINICION.....	3
II. OBJETIVO.....	3
III. VENTAJAS	3
IV. DESVENTAJAS.....	Error! Bookmark not defined.
V. INDICACIONES.....	3
VI.CONTRAINDICACIONES.....	3
VII. PRECAUCIONES.....	3
VIII. EQUIPO.....	4
IX. PROCEDIMIENTO.....	4
X. ASPIRACIONENDOTRAQUEAL Y DE LA TRAQUEOSTOMIA.....	6
BIBLIOGRAFIA	
ELABORACION Y CONTROL DE CAMBIOS	

I. DEFINICION

Es el procedimiento por el cual se retiraran las secreciones que obstruyen las vías respiratorias altas.

II. OBJETIVOS

- Limpiar secreciones de nariz, boca y faringe.
- Evitar broncoaspiración
- Mejorar la ventilación

III. VENTAJAS

- Permite limpiar las vías aéreas de los pacientes que no pueden hacerlo por sí solos.
- Facilita la permeabilidad de la vía aérea del paciente mediante la retirada de secreciones de la faringe con una sonda de aspiración, que se introduce a través de la boca o la nariz.

IV. DESVENTAJAS

- La incomodidad para el paciente que está consciente.

V. INDICACIONES

- Pacientes intubados
- Pacientes con abundantes secreciones que son incapaces de expulsarlas a través de la tos y la expectoración
- Pacientes inconscientes
- En reanimación cardiopulmonar para despejar la vía aérea
- Pacientes con debilidad muscular (Guillan Barré)

VI. CONTRAINDICACIONES

- En pacientes con hemorragias nasofaríngeas, desviación del tabique nasal, fractura de la nariz, pólipos nasales y filtración de líquido cefalorraquídeo en el área nasofaríngea.
- Discrasias sanguíneas
- Pacientes que reciben tratamientos con anticoagulantes

VII. PRECAUCIONES

- Controlar el funcionamiento correcto del equipo
- Comprobar la permeabilidad de la sonda
- Colocar la cánula oro faríngea y mantener la cabeza vuelta hacia el lado, en caso de paciente en coma o bajo efecto pos anestésico.

VIII. EQUIPO

- Aspirador de secreciones con los tubos de conexión
- Sondas para aspirar secreciones con calibre de acuerdo al tipo de paciente.
- Recipiente con agua limpia
- Pañuelos de papel

IX. PROCEDIMIENTO

- Explique el procedimiento al paciente, garantice su intimidad
- Lávese las manos
- Organice el equipo necesario y colóquelo cerca al paciente en una mesa auxiliar o en una mesa de noche.
- Conecte el frasco colector a la unidad de aspiración y luego adáptela al tubo conector
- Deposite 50 a 100 cc de agua del grifo en un vaso o recipiente desechable
- Coloque al paciente en posición de semifowler para favorecer la expansión pulmonar y la tos efectiva, avísele que la aspiración puede estimular los reflejos tusígeno y nauseoso.
- Indicar al paciente que realice respiraciones profundas y lentas varias veces antes de iniciar la aspiración y como efectuar la tos.
- Para la introducción de la sonda oral más fácilmente, indicar al paciente que voltee la cabeza hacia usted; para la aspiración nasal coloque el cuello del paciente en hiperextensión.
- Abra la aspiración o encienda el aspirador, generalmente la presión debe establecerse entre 150 – 120 mm de hg para adultos, 100 a 120 mm de hg para niños y de 100 – 60 para lactantes.
- Verifique la presión para la aspiración, ocluyendo la luz de la sonda entre sus dedos, coloque el pulgar sobre el orificio de aspiración para que ésta de produzca y mire el medidor situado en el aparato de aspiración y ajuste la presión según sea necesario.
- Póngase el guante, utilice esta mano para coger la sonda y con la mano libre sujete el tubo conector, adapte la sonda al tubo conector.
- Para la aspiración nasal, mida con la sonda la distancia desde la punta de la nariz del paciente hasta el lóbulo de la oreja (sin permitir que ésta toque al paciente), para asegurar la correcta introducción y no hacerlo hasta la tráquea.
- Con la mano enguantada introduzca la sonda en el agua del vaso, con la mano descubierta coloque un dedo sobre la válvula de control de la sonda y aspire un poco de agua para lubricar su interior y para probar el adaptador de aspiración.
- Lubrique la superficie externa de la sonda para facilitar su introducción y prevenir la lesión nasal, sumergiéndola en el agua y aplicando lubricante hidrosoluble a lo largo de toda la sonda.

- Evitando aplicar aspiración, introduzca la sonda por una de las fosas nasales, para la aspiración nasofaríngea hasta la distancia apropiada, dirigiendo la punta sobre el suelo de la cavidad nasal para evitar los cornetes, indique al paciente que realice respiraciones profundas y lentas por la boca; si el paciente no tiene antecedentes de problemas nasales, alterne la aspiración entre los orificios nasales izquierdo y derecho para reducir la lesión producida por las continuas aspiraciones; para la aspiración oro faríngea introduzca la sonda por la boca del paciente siguiendo uno de los lados hasta alcanzar la garganta.
- Para facilitar la introducción de la sonda deprima la lengua con un baja lenguas o pida a otra persona que lo haga, esto facilita la visualización de la pared posterior de la garganta y previene que el paciente muerda la sonda.
- A continuación aspire solo por 10 a 12 segundos cada vez.
- Repita la operación hasta que la respiración sea tranquila y cesen sonidos de gorgoteo y burbujeo.
- Después de efectuar la aspiración completa, indicar al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas, que le ayudarán a aliviar la hipoxia y a relajarlo.
- Aspire para limpiar el tubo conector, deseche la sonda, el recipiente con agua y los guantes usados.
- Lávese las manos, reponga el material necesario a fin de que esté listo para las siguientes aspiraciones.
- Anote la fecha y hora del procedimiento, las razones para efectuar aspiración y el color, cantidad, consistencia y olor de las secreciones.
- Dependiendo del estado del paciente, la aspiración puede ser necesaria como mínimo cada 8 horas y como máximo cada 15 minutos.
- Retire, vacíe, enjuague y vuelva a conectar el frasco colector cada 8 horas o más a menudo si es necesario. Para evitar el daño en el equipo permita que el frasco se llene por arriba de la señal de los tres cuartos.
- Como complicaciones, puede presentarse la hipoxia por que la aspiración extrae el oxígeno de las vías aéreas; además una aspiración prolongada traumática puede provocar una aspiración de sangre.

X. ASPIRACION ENDOTRAQUEAL Y DE LA TRAQUEOSTOMIA

La aspiración endotraqueal y de la traqueostomía retira las secreciones de la tráquea o de los bronquios por medio de una sonda de aspiración introducida a través de un tubo de traqueostomía o de un tubo endotraqueal, ayudando a mantener permeable la vía aérea, favoreciendo un óptimo intercambio gaseoso, y previniendo la neumonía resultante de la acumulación de secreciones.

Precauciones:

- La aspiración debe realizarse con precaución en los pacientes a quienes se les ha practicado una traqueostomía reciente o cirugía de la tráquea o de las vías aéreas superiores, en los que presentan discrasias sanguíneas o reciben tratamientos con anticoagulantes.
- Durante el procedimiento facilite la relajación del paciente.
- Si el paciente está consciente colóquelo en posición semifowler (excepto que exista alguna contraindicación), la cual le facilita la expansión pulmonar y el tener una tos productiva.
- En caso de que el paciente está inconsciente colóquelo en decúbito supino y voltee la cabeza hacia usted, esta posición permite aspirar las secreciones más fácilmente aprovechando la fuerza de la gravedad y el girar la cabeza facilita la introducción de la sonda.
- Tenga listo el suministro de oxígeno según la necesidad.

- Antes de iniciar el procedimiento, ausculte ambos pulmones y tome signos vitales, para que sirvan de datos de referencia.
- Mantenga una técnica estéril durante el procedimiento.
- El procedimiento debe ser realizado por dos personas con el fin de que la que realiza la aspiración permanezca estéril y no se contamine.
- Póngase guantes. Tome la sonda y enróllela para evitar contaminación, adáptela a la conexión en Y o al tubo conector.
- Abra la aspiración y gradúe la presión de succión.
- Sumerja la punta de la sonda en el suero fisiológico estéril para lubricar la superficie externa y facilitar la introducción reduciendo la lesión de los tejidos.

Procedimiento:

- Revise la orden médica y la indicación para aspiración.
- Arregle el equipo necesario, lávese las manos y proporcione intimidad al paciente.
- Conecte el recipiente colector a la unidad de aspiración, el tubo conecta al recipiente colector, adapte la sonda con válvula de control y si no la tiene haga una conexión en Y al tubo conector.
- Explique el procedimiento al paciente, así éste no parezca estar en estado de alerta. Infórmele que molestias puede presentar con la aspiración, como la tos y náuseas, las cuales son pasajeras, y los beneficios de la aspiración para movilizar las secreciones.
- Aspire un poco de suero para probar el equipo de aspiración y así lubricar el interior de la sonda para evitar que se adhieran las secreciones.
- Antes de aspirar oxígeno al paciente el 100%, utilizando la respiración profunda del ventilador si está conectado a uno de ellos o por medio de ambú conectado a una fuente de oxígeno por 1-2 minutos, para prevenir la hipoxia. Si el paciente respira en forma espontánea indíquele que tosa y respire profundo y despacio varias veces antes de iniciar la aspiración, la tos le ayuda a desprender las secreciones pudiendo reducir el tiempo de aspiración, las respiraciones profundas ayudan a prevenir o disminuir la hipoxia.
- Introduzca suavemente dentro de la tráquea a través del tubo endotraqueal o de traqueostomía, la sonda con la válvula de aspiración descubierta, introdúzcala hasta cuando toque la Carina (sentirá una resistencia y el paciente tendrá tos), retírela aproximadamente un centímetro. No aspire durante la introducción para prevenir la lesión hística y la pérdida de oxígeno. Luego aspire durante 5 – 10 segundos colocando el pulgar en la válvula de control.
- Observe al paciente. El periodo entre cada aspiración y la duración de ésta dependen de su tolerancia. Déjelo descansar por unos minutos antes de realizar una segunda aspiración, dando ambú o conectándolo al ventilador.
- Si durante el procedimiento de la aspiración se presentan trastornos del ritmo cardiaco, interrumpa la aspiración y ventile al paciente.
- Después del procedimiento hiperoxigene los pulmones del paciente durante 1 – 2 minutos lo cual facilita el alivio de la hipoxia y favorece la relajación, posteriormente disminuya el flujo de oxígeno hasta lo ordenado según requerimientos del paciente.
- Lave el tubo conector aspirando el suero salino sobrante, cierre la aspiración y desconecte la sonda del tubo conector.
- Antes de quitarse los guantes, enrolle la sonda en sus dedos, y quítese el guante de manera que la sonda quede dentro de él, y descarte todo dentro de una bolsa plástica de color rojo. (ver guía de segregación).
- Realice cuidados bucales o con la traqueostomía, según indicaciones. (ver guías de cuidado especial de la boca y cuidados con traqueostomía).
- Importante observar la cantidad, color y consistencia de las secreciones aspiradas, para el registro del procedimiento en las notas de enfermería, teniendo en cuenta la fecha, hora y la

razón por la cual se efectuó el procedimiento, signos vitales y hallazgos a la auscultación antes y después de la aspiración, si hubo necesidad de instalas solución salina, la realización de la hiperoxigenación antes, durante y después de la aspiración, anotar si hubo cualquier complicación y las acciones de enfermería efectuadas.

Consideraciones clínicas

- Cuando se van a aspirar secreciones de los bronquios derecho o izquierdo, facilita la introducción de la sonda el pedir al paciente que voltee la cabeza en dirección opuesta al bronquio que se va a aspirar.
- La instilación de la solución salina estéril (de 3 – 5 ml) en la tráquea ayuda a provocar la tos, y a fluidificar secreciones. Debe verificarse la orden médica para determinar si se requiere la instilación.
- El aumento de la hidratación parenteral ayuda a fluidificar las secreciones pero está contraindicada en algunos pacientes.

Complicaciones

- La aspiración endotraqueal y de la traqueostomía puede causar hipoxia al extraer oxígeno de la vía aérea, y desencadena atelectasias y neumonías.
- Puede estimularse el nervio vago con la manipulación de la sonda, lo cual causa hipotensión, bradicardia, bloqueo cardíaco, irritabilidad ventricular, taquicardia ventricular o asistolia; la sonda también produce irritación de las mucosas causando hemorragia y posible infección.
- Otros factores que contribuyen al riesgo de infección durante la aspiración conociendo de antemano el posible deterioro de la mucosa, son el estado físico débil del paciente y el uso de antibióticos ya que los mecanismos de defensa normal dejan de actuar.

BIBLIOGRAFIA

MANUAL DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA. BRUNNER, Edición 2016, Editorial Interamericana

- Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Manual de procedimientos de Enfermería.
- Fondo nacional universitario, Santa fe de Bogotá cuarta edición 1992; Principios científicos aplicados en las actividades básicas de enfermería
- B. W. Du Gas 4 edición, Tratado de Enfermería Práctica.
- Mac Graw- Hill Interamericana, Diane Huber, Liderazgo y Administración de Enfermería

