

DOMINIO IX: SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Ausencia de peligro, lesión física o alteraciones del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

CLASE 2: LESIÓN FÍSICA

Lesión o herida corporal

LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

INTERVENCIÓN: ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS.

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

OBJETIVO:

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL realice el procedimiento de ASPIRACIÓN DE SECRECIONES con el simulador y la técnica que el fundamento científico soporta la intervención.

DEFINICIÓN:

Aspiración de secreciones: es una técnica que se utiliza para retirar de la vía aérea las secreciones que el paciente no puede expulsar por sí mismo, se realiza introduciendo una sonda de aspiración por nariz o boca del paciente. Con ello, se espera mantener una vía aérea permeable, favoreciendo el proceso de ventilación y evitando posibles complicaciones en el tracto respiratorio.

Tubo Orotraqueal: dispositivo rígido cuyo objetivo es asegurar y permeabilizar vía aérea.

Traqueostomía: procedimiento quirúrgico que corresponde a la abertura de la pared anterior de la tráquea para asegurar y permeabilizar vía aérea

INDICACIONES

- Obstrucción respiratoria por secreciones
- Incapacidad de expectorar forma espontánea.
- Cuerpos extraños.
- Obtención de secreciones traqueo bronquiales para el estudio de laboratorio.
- Paciente con vía aérea artificial (Traqueostomía - tubo Orotraqueal) que presentan abundantes secreciones

CONTRAINDICACIONES

- Persona que no colaboran o que no son capaces de tolerar la posición requerida.
- Personas agitadas que requieren sedación.
- Persona poli-traumatizada que tiene inmovilización de columna vertebral.

- Persona con trastornos sanguíneos o discrasias.
- Persona con alteración de las estructuras anatómicas de las vías aéreas (varices esofágicas)
- Edema o espasmos laríngeo

PRECAUCIONES

- Realizar monitoreo de signos vitales antes durante y después del procedimiento, si el paciente presenta inestabilidad se suspende el procedimiento.
- Tener a la mano siempre resucitador manual (AMBU) , en caso de complicación y como complemento durante el procedimiento en pacientes que tengan vía aérea artificial (tubo Orotraqueal – Traqueostomia) .
- Tener en cuenta hora de administración de alimentación por vía oral, gastrostomía o gastroclisis, para evitar bronco-aspiración, es necesario esperar 1 o 2 horas para realizar dicho procedimiento.
- Para cada intervención de se debe utilizar material estéril y ser desechado inmediatamente después de su uso.

PROCESOS INTERRELACIONADOS:

- Protocolo de lavado de manos
- Normas universales de bioseguridad
- Clasificación de residuos de riesgo biológico
- Protocolo de registros de enfermería
- Protocolo de muestras de laboratorio

INSTRUMENTAL

Bandeja con:

- Sistema de vacío.
- Frasco recolector.
- Conexión de aspiración de látex (corto y largo).
- Resucitador manual (AMBU)

- Sondas para succión : N°. 12 - 14 para vía orofaríngea o nasofaríngea
- Sonda para succión: N°. 12-14 para tubo Orotraqueal o Traqueostomía.
- Sonda para succión: N° 16-18 para asistencia de intubación.
- Sonda de succión para niños: N° 6-8-10 según corresponda
- 1 frasco de agua estéril o SSN al 0.9 %.
- Guantes estériles y limpios.
- Gasas estériles.
- Implementos de Bioseguridad
- Oxímetro.
- Riñonera
- Fonendoscopio
- Jeringa de 10 ml
- Compresa.

PROCEDIMIENTO

1. PARÁMETROS: ASPIRACIÓN POR TUBO OROTRAQUEAL

- Verificar la orden médica para realizar el procedimiento.
- Explique el procedimiento a la persona
- Realice lavado de manos.
- Prepare todo el material necesario para el procedimiento y equipo de protección personal.
- Ubique a la persona en posición semi-fowler si no hay contraindicación.
- Verifique que la fijación del TET esté segura.
- Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80-120 mmhg.
- Se realiza toma de oximetría, frecuencia respiratoria. Evaluación de patrón respiratorio junto a estado de conciencia, requerimientos de oxígeno y auscultación pulmonar

- Mantenga pre-oxigenando a 15 litros por minuto.
- Colóquese guantes esteriles, manteniendo una totalmente esteril (es con la que se introduce la sonda) y la otra se usa para maniobrar y alcanzar elementos necesarios.
- Pídale a la persona que ayuda que abra el empaque estéril de la sonda de aspiración y cójala con la mano estéril; con la otra mano limpia coja el tubo o goma de aspiración y empata.
- Desconectar a la persona del respirador.
- Lubrique la sonda e introduzca la sonda a través del TET, sin aspirar y con la mano dominante.
- No avance cuando se note resistencia.
- aspire rotando la sonda suavemente de 5-10 segundos y retírela con movimiento continuo Y ROTATORIO sin volver a introducir, limpiando la sonda con gasas.
- Lave muy bien la sonda después de cada ingreso al área a aspirar.
- En caso de secreciones muy espesas, instilar suero fisiológico (10cc) a través del TET, ventilar con ambú dos o tres veces y DEJAR 3 minutos seguidamente aspirar.
- Lavar la sonda con suero fisiológico si se va a aspirar después faringe y boca.
- Desecha la sonda y aclarar el tubo o goma de aspiración con solución salina.
- Transcurrido un minuto tras la aspiración, ajustar la FiO₂ al valor inicial preestablecido.
- Deseche según el código de colores institucionales.
- Valora estado clínico del paciente.
- Realiza lavado de manos.
- Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

2. PARÁMETROS: ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA.

- Verifica orden medica del procedimiento.
- Explique el procedimiento.
- Realice lavado de manos

- Prepare el equipo correspondiente, uso de equipo de protección personal
- Agregue 100cc mínimo de agua estéril en el frasco recolector de secreciones
- Acomodar al paciente según indicación, fowler o decúbito lateral
- Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80-120 mmhg.
- Se realiza toma de oximetría, frecuencia respiratoria. Evaluación de patrón respiratorio junto a estado de conciencia, requerimientos de oxígeno y auscultación pulmonar
- Pre-oxigene a la persona
- Ubique la compresa bajo el mentón de la persona.
- Conecta la sonda al sistema de aspiración con guantes limpios
- Cambio de guantes manteniendo técnica limpia y estéril
- Lubricar la sonda antes de ingresar a cavidad
- En la inserción nasal levante la punta de la nariz de la persona con la mano no dominante (limpia) mientras con la otra (estéril) introduce suavemente por base de la nariz, la sonda en la fosa nasal de la persona sin aspirar, y haciéndola girar entre sus dedos para facilitar la penetración unos 7-12 cm, hasta que llegue a las secreciones o hasta que el enfermo comience a toser aspirando 10-15 segundos.
- Dirigirla por el centro del suelo de la cavidad nasal.
- No forzar la sonda. Si uno de los orificios no está permeable, intentarlo por el otro.
- Si la persona es capaz, pedirle que realice una respiración profunda y que tosa entre las aspiraciones.
- Deje cómodo a la persona.
- Deseche según el código de colores institucionales.
- Valora estado clínico del paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

3. ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA

- Verifica orden medica del procedimiento.
- Explique el procedimiento.
- Realice lavado de manos
- Prepare el equipo correspondiente, uso de equipo de protección personal
- Agregue 100cc mínimo de agua estéril en el frasco recolector de secreciones
- Acomodar al paciente según indicación, fowler o decúbito lateral
- Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80-120 mmhg.
- Se realiza toma de oximetría, frecuencia respiratoria. Evaluación de patrón respiratorio junto a estado de conciencia, requerimientos de oxígeno y auscultación pulmonar
- Pre-oxigene a la persona
- Pruebe el equipo (aspirador y sistema de vacío)
- Conecta la sonda al sistema de aspiración con guantes limpios
- Cambio de guantes manteniendo técnica limpia y estéril
- Lubricar la sonda antes de ingresar a cavidad
- Introduzca suavemente la sonda sin aspirar por un lado de la boca entre 7 a 10 cm, hasta que alcance las secreciones o el usuario empiece a toser
- Aspirar las secreciones de la boca ó debajo de lengua después de aspirar la oro y naso faringe. (realizar aseo bucal)
- Informe a la persona que tosa y respire profundamente antes de iniciar la aspiración
- Aspire los dos lados de la zona faríngea. Repita el procedimiento si es necesario
- Deje cómodo a la persona.
- Deseche según el código de colores institucionales.
- Valora estado clínico del paciente.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

COMPLICACIONES

- Hipoxia
- Arritmias
- Hipotension
- Atelectasias por alta presión negativa
- Paro cardiaco
- Riesgo de Infeccion.
- Aumento de la PIC
- Extubacion accidental.

BIBLIOGRAFIA:

CAMACHO MATIZ Hernando, CIFUENTES AYA Claudia, TORRES NAVAS Adriana. Simulación cibernética en la enseñanza de las ciencias de la salud. Kimpres. Bogotá, Colombia; 2005.Pag 1125.

CHOCARRO GONZALEZ Louders, VENTURINI MEDINA Carmen. Procedimientos y cuidados en Enfermería Médico – Quirúrgicas. ELSVIER. Madrid, España; 2006 Pag 243.

HERDMAN Heather, SCROGGINS Leann, VASSALLO Barbara. Diagnósticos enfermeros: definiciones y diagnósticos. ELSVIER. Madrid, España; 2007.Pag 143.

MCCLOSKEY DOCHTERMAN Joanne, BULECHEK Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). ELSVIER. Madrid, España. Pag. 731.

Univerdidad Peruana Cayetano Heredia. Conocimientos y prácticas de los enfermeros sobre aspiración de secreciones en los pacientes adulltos. 2017

DURAN DUEÑAS, DIANA. Protocolo de enfermería de Aspiración de Secreciones. Hospital Regional de San Gil. 2021

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISION	ELABORADO POR	REVISADO POR
1	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería. Unisangil.
2	2011-1	Graciela Olarte Rueda. Estudiante de gerencia en los servicios de salud I	Enf. Consuelo González. Coordinadora Proceso Básico 2011-1
3	2017-1	Mayerly Araque Forero. Estudiante cuidado en los servicios de salud I.	Enf. Graciela Olarte Rueda. Docente Proceso Básico
4	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora

**LISTA DE CHEQUO PARA LA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE
 ENFERMERÍA No 10: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.**

OBJETIVO:

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL realice el procedimiento de ASPIRACIÓN DE SECRECIONES con el simulador y la técnica que el fundamento científico soporta la intervención.

DEFINICIÓN:

La aspiración consiste el retiro de secreciones de la tráquea o de los bronquios por medio de una sonda de aspiración introducida a través del TOT o TQT, NASOFARINGEA, Y OROFARINGEA, ayudando a mantener permeable la vía aérea, favoreciendo un óptimo intercambio gaseoso y previniendo la neumonía resultante de la acumulación de secreciones.

En el listado de parámetros presentado a continuación, señale con un “SÍ” cuando el estudiante realiza totalmente y sin dificultad lo descrito en cada paso y con “NO” cuando olvida total o parcialmente lo descrito, lo realiza con dificultad o necesita ayuda

PARÁMETROS: ASPIRACIÓN POR TUBO OROTRAQUEAL	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Verfica la orden medica para realizar el procedimiento. • Explica el procedimiento a la persona • Realiza lavado de manos. • Prepara todo el material necesario para el procedimiento y equipo de protección personal. • Ubica a la persona en posición semi-fowler si no hay contraindicación. • Verifica que la fijación del TET esté segura. 		

- Comprueba el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80- 120 mmhg.
- Realiza toma de oximetría, frecuencia respiratoria. Evaluación de patrón respiratorio junto a estado de conciencia, requerimientos de oxígeno y auscultación pulmonar
- Mantenga pre-oxigenando a 15 litros por minuto.
- Coloca guantes esteriles, manteniendo una totalmente esteril (es con la que se introduce la sonda) y la otra se usa para maniobrar y alcanzar elementos necesarios.
- Pída a la persona que ayuda que abra el empaque estéril de la sonda de aspiración y cójala con la mano estéril; con la otra mano limpia coja el tubo o goma de aspiración y empata.
- Desconecta a la persona del respirador.
- Lubrica la sonda e introduzca la sonda a través del TET, sin aspirar y con la mano dominante.
- No avanza cuando se note resistencia.
- Aspira rotando la sonda suavemente de 5-10 segundos y retírela con movimiento continuo Y ROTATORIO sin volver a introducir, limpiando la sonda con gasas.
- Lava muy bien la sonda después de cada ingreso al área a aspirar.
- En caso de secreciones muy espesas, instila suero fisiológico (10cc) a través del TET, ventilar con ambú dos o tres veces y DEJAR 3 minutos seguidamente aspirar.
- Lava la sonda con suero fisiológico si se va a aspirar después faringe y boca.
- Desecha la sonda y aclarar el tubo o goma de aspiración con solución salina.
- Ajusta la FiO2 al valor inicial preestablecido.

<ul style="list-style-type: none"> • Desecha según el código de colores institucionales. • Valora estado clínico del paciente. • Realiza lavado de manos. • Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería. 		
---	--	--

PARÁMETROS: ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	SI	NO
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica orden medica del procedimiento. • Explica el procedimiento. • Realiza lavado de manos • Prepara el equipo correspondiente, uso de equipo de protección personal • Agrega 100cc mínimo de agua estéril en el frasco recolector de secreciones • Acomoda al paciente según indicación, fowler o decúbito lateral • Comprueba el funcionamiento del aspirador y ajusta la presión de succión entre 80- 120 mmhg. • Realiza toma de oximetría, frecuencia respiratoria. Evaluación de patrón respiratorio junto a estado de conciencia, requerimientos de oxígeno y auscultación pulmonar • Pre-oxigena a la persona • Ubica la compresa bajo el mentón de la persona. • Conecta la sonda al sistema de aspiración con guantes limpios • Cambia de guantes manteniendo técnica limpia y estéril • Lubrica la sonda antes de ingresar a cavidad • En la inserción nasal levanta la punta de la nariz de la persona con la mano no dominante (limpia) mientras con la otra (estéril) introduce 		

<p>suavemente por base de la nariz, la sonda en la fosa nasal de la persona sin aspirar, y haciéndola girar entre sus dedos para facilitar la penetración unos 7-12 cm, hasta que llegue a las secreciones o hasta que el enfermo comience a toser aspirando 10-15 segundos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirige por el centro del suelo de la cavidad nasal. • No forzar la sonda. Si uno de los orificios no está permeable, intentarlo por el otro. • Si la persona es capaz, pedirle que realice una respiración profunda y que tosa entre las aspiraciones. • Deja cómodo a la persona. • Desecha según el código de colores institucionales. • Valora estado clínico del paciente. • Se lava las manos. • Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería. 		
---	--	--

PARÁMETROS: ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	SI	NO
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifica orden medica del procedimiento. • Explica el procedimiento. • Realiza lavado de manos • Prepara el equipo correspondiente, uso de equipo de protección personal • Agrega 100cc mínimo de agua estéril en el frasco recolector de secreciones • Acomoda al paciente según indicación, fowler o decúbito lateral • Comprueba el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80- 120 mmhg. 		

- Realiza toma de oximetría, frecuencia respiratoria. Evalúa de patrón respiratorio junto a estado de conciencia, requerimientos de oxígeno y auscultación pulmonar
- Pre-oxigena a la persona
- Prueba el equipo (aspirador y sistema de vacío)
- Conecta la sonda al sistema de aspiración con guantes limpios
- Cambio de guantes manteniendo técnica limpia y estéril
- Lubrica la sonda antes de ingresar a cavidad
- Introduce suavemente la sonda sin aspirar por un lado de la boca entre 7 a 10 cm, hasta que alcance las secreciones o el usuario empiece a toser
- Aspira las secreciones de la boca ó debajo de lengua después de aspirar la oro y naso faringe. (realizar aseo bucal)
- Informa a la persona que tosa y respire profundamente antes de iniciar la aspiración
- Aspira los dos lados de la zona faríngea. Repita el procedimiento si es necesario
- Deja cómodo a la persona.
- Desecha según el código de colores institucionales.
- Valora estado clínico del paciente.
- Se lava las manos.
- Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

FIRMA DEL DOCENTE EVALUADOR:

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISION	ELABORADO POR	REVISADO POR
1	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería. Unisangil.
2	2011-1	Graciela Olarte Rueda. Estudiante de gerencia en los servicios de salud I	Enf. Consuelo González. Coordinadora Proceso Básico 2011-1
3	2017-1	Mayerly Araque Forero. Estudiante cuidado en los servicios de salud I.	Enf. Graciela Olarte Rueda. Docente Proceso Básico
4	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora