DOMINIO XI: MEDIDA DE SEGURIDAD

Libre de peligros, lesiones físicas o daños al sistema inmunológico. Preservación de pérdidas; y protección de la seguridad y la protección.

CLASE 2: LESIÓN FÍSICA

Daño 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: ASPIRACIÒN DE SECRECIONES.

OBJETIVO:

Proporcionar una orientación a los estudiantes de enfermería de los pasos a seguir en el procedimiento de enfermería aspiración de secreciones que permita la aplicación de la técnica indicada utilizando un simulador para el desarrollo de habilidades prácticas que posibiliten un aprendizaje significativo.

RESULTADO DE APRENDIZAJE

El estudiante demuestra conocimientos de las técnicas en aspiración de secreciones, con atención y especificidad de cada método, ya que son útiles en el cuidado básico de enfermería ante situaciones de alteraciones respiratorias, para así mantener la permeabilidad de la vía aérea de la persona y proporcionar un cuidado de enfermería integral, seguro y de calidad en el futuro desarrollo de las prácticas clínicas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Aspiración de secreciones: Es una técnica que se utiliza para retirar de la vía aérea las secreciones que la persona de cuidado no puede expulsar por sí mismo, se realiza introduciendo una sonda de aspiración por nariz o boca de la persona de cuidado. 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

Aspiración orofaríngea: Extracción de secreciones de la boca.

Aspiración nasofaríngea: Extracción de secreciones de la nariz.

Aspiración de secreciones con sistema abierto: Extracción de secreciones del árbol traqueobronquial a través de nariz, boca o de una vía artificial TET o TQT usando técnica estéril.

Aspiración de secreciones con sistema cerrado: Extracción de secreciones en una vía aérea artificial, con la que se evite desconectar al paciente del ventilador mecánico para efectuar la aspiración.

Sonda de aspiración: Dispositivo médico usado principalmente para eliminar secreciones de la tráquea y el área bronquial.

TIPOS DE SONDA DE ASPIRACIÓN

Sonda de aspiración nasofaríngea: Se introduce a través de la nariz hasta la faringe para aspirar secreciones de la parte superior del tracto respiratorio.

Sonda de aspiración traqueal: Se inserta a través de la tráquea para aspirar secreciones de las vías respiratorias inferiores, a menudo utilizada en pacientes con ventilación mecánica.

Sonda de aspiración orotraqueal: Similar a la sonda traqueal, pero se introduce a través de la boca en lugar de la nariz.

Sonda de aspiración rectal: Utilizada para la extracción de secreciones del recto.

Sonda de aspiración gástrica: Empleada para extraer contenido gástrico del estómago.

Sonda de aspiración vesical: Utilizada para extraer orina de la vejiga.

INDICACIONES

- Obstrucción respiratoria por secreciones
- Incapacidad de expectorar de forma espontánea.
- Cuerpos extraños.

- Obtención de secreciones traqueo bronquiales para el estudio de laboratorio.
- Sujeto de cuidado con vía aérea artificial (Traqueostomía - tubo Orotraqueal) que presentan abundantes secreciones

CONTRAINDICACIONES

- Persona que no colabora o que no es capaz de tolerar la posición requerida.
- Persona agitada que requiere sedación.
- Persona politraumatizada 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 espasmo laríngeo

PRECAUCIONES

- Realizar monitoreo de signos vitales antes, durante y después del procedimiento, si la persona presenta inestabilidad se suspende el procedimiento.
- Mantener siempre resucitador manual o ambú cerca y conectado a la fuente de oxígeno a 10-15 litros por minuto, en caso de complicación y como complemento durante el procedimiento en personas que tengan vía aérea artificial (tubo Orotraqueal – Traqueostomía).
- Tener en cuenta hora de administración de alimentación por vía oral, gastrostomía o gastroclisis, para evitar broncoaspiración, es necesario esperar 1 o 2 horas para realizar dicho procedimiento.
- Para cada intervención 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. 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 en adulto, niños 90-110 mmHg y neonato 50-95 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 estériles, manteniendo una totalmente estéril (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 los residuos según el código de colores institucionales.
- Valora el estado clínico de la persona.
- Realiza lavado de manos.
- Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

2. ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA.

- Verificar orden médica 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 sujeto de cuidado según indicación, fowler o decúbito lateral
- Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80-120 mmHg en adulto, niños 90-110 mmHg y neonato 50-95 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 el estado clínico del sujeto de cuidado.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

3. **ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA**

- Verificar orden médica 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 del sujeto de cuidado según indicación, fowler o decúbito lateral
- Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80-120 mmHg en adulto, niños 90-110 mmHg y neonato 50-95 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 el estado clínico del sujeto de cuidado.
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento en las anotaciones de enfermería.

COMPLICACIONES

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

BIBLIOGRAFÍA:

- Camacho Matiz, H., Cifuentes Aya, C., & Torres Navas, A. (2005). Simulación cibernética en la enseñanza de las ciencias de la salud. Bogotá, Colombia: Kimpres.
- Chocarro González, L., & Venturini Medina, C. (2006). Procedimientos y cuidados en Enfermería Médico – Quirúrgicas. Madrid, España: Elsevier.

- Herdman, H., Scroggins, L., & Vassallo, B. (2007). Diagnósticos enfermeros: definiciones y diagnósticos. Madrid, España: Elsevier.
- McCloskey Dochterman, J., & Bulechek, G. (S/F). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid, España: Elsevier.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2017). Conocimientos y prácticas de los enfermeros sobre aspiración de secreciones en los pacientes adultos.
- Duran Dueñas, D. (2021). Protocolo de enfermería de Aspiración de Secreciones. Hospital Regional de San Gil.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE REVISIÓN	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
5	2024-1	Edgar Esneider Arenas Anaya Laura Jimena Caceres Castro	Enf. Rosa Ernestina Villareal

		PDS Docencia Unisangil	Directora Programa de Enfermería, Asesora

LISTA DE CHEQUEO PARA LA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA No 10: ASPIRACIÒN 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
● Verifica la orden médica 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.		

• Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80- 120 mmHg en adulto, niños 90-110 mmHg y neonato 50-95 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 estériles, manteniendo una totalmente estéril (es con la que se introduce la sonda) y la otra se usa para maniobrar y alcanzar elementos necesarios. • Pida 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 nota 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. • Desecha según el código de colores institucionales. • Valora el estado clínico de la persona. • Realiza lavado de manos. • Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería.		

PARÁMETROS: ASPIRACIÓN NASOFARÍNGEA	**SI**	**NO**
PROCEDIMIENTO: • Verificar orden médica 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 a la persona según indicación, fowler o decúbito lateral • Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80- 120 mmHg en adulto, niños 90-110 mmHg y neonato 50-95 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 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. • 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 el estado clínico de la persona. • Se lava las manos. • Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería.		

PARÁMETROS: ASPIRACIÓN OROFARÍNGEA	SI	NO
PROCEDIMIENTO: • Verificar orden médica 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 a la persona según indicación, fowler o decúbito lateral • Compruebe el funcionamiento del aspirador y ajuste la presión de succión entre 80- 120 mmHg en adulto, niños 90-110 mmHg y neonato 50-95 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 la 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 el estado clínico de la persona. • Se lava las manos. • Registra el procedimiento en las anotaciones de enfermería.		

OBSERVACIONES:
FIRMA DEL ESTUDIANTE:
FIRMA DEL DOCENTE EVALUADOR:

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE REVISIÓN	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
5	2024-1	Edgar Esneider Arenas Anaya Laura Jimena Caceres Castro PDS Docencia Unisangil	Enf. Rosa Ernestina Villareal Directora Programa de Enfermería (e) Enf. Eulalia Medina Diaz. Asesora