

D-3 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARINGEAS Y TRAQUEALES

Fecha de revisión: 11 Dic 2010

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Aguilera Peña Filomena	Jefa de Bloque de Hospitalización Hospital General.
Corrales Mayoral M. ^a Teresa	Jefa de Bloque de Hospitalización Materno-Infantil.
Florez Almonacid Clara Inés	Enfermera Unidad de investigación e innovación de cuidados.
Romero Bravo Ángela	Jefa de Bloque de Cuidados Críticos y Urgencias

1. OBJETIVOS:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente.
- Prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones y la técnica de aspiración.

2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:

- La aspiración faríngea se usa para extraer por vía orofaríngea y la nasofaríngea las secreciones de los pacientes que son incapaces de limpiar su vía aérea y evitar la broncoaspiración.
- La aspiración orofaríngea o nasofaríngea está indicada cuando el paciente presenta: (Nivel IV):
 - Secreciones visibles o audibles (como esputo, sangre o gorgoteo, vómito)
 - Signos/síntomas respiratorios:
 - Disminución de la saturación (SatO₂)
 - Aumento de la presión inspiratoria máxima.
 - Aumento de la frecuencia respiratoria.
 - Aumento del trabajo respiratorio.
 - Presencia de sonidos respiratorios durante la auscultación.
 - Elevación de la frecuencia cardiaca presión arterial.
 - Inquietud.
 - Diaforesis.
- La aspiración orofaríngea o nasofaríngea esta contraindicada en: las coagulopatías, Pacientes con fractura de base de cráneo, Epiglotitis, Epistaxis, laringoespasma,

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación):

broncoespasmo, Cirugía de traquea y gástrica con anastomosis alta, e Infarto de miocardio.

- La aspiración orofaríngea y nasofaríngea se asocia con complicaciones y riesgos como hemorragias, infección, atelectasia, hipoxemia, inestabilidad cardiovascular, aumento de la presión intracraneal, y también puede causar lesiones en la mucosa, angustia y malestar. (Nivel IV)
- La aspiración es un procedimiento invasivo que debe realizarse en función de la evaluación de la presencia de secreciones y no debe ser realizada de forma rutinaria. (Grado B)
- La aspiración realizada según necesidad se ha asociado con menos efectos adversos. (Nivel II)
- Las sondas para la succión deben ser lo más pequeña posible, pero lo bastante grande para facilitar la eliminación de secreciones. (Nivel IV)
- La aspiración faríngea es una intervención esencial en el mantenimiento de las vías respiratorias y debe ser realizado por enfermeras con experiencia, habilidad y conocimiento de los riesgos. (Grado B)
- El paciente debe ser informado del procedimiento a realizar, con el fin de reducir al mínimo el estrés, el malestar, el aumento de presión arterial y el ritmo cardiaco. (Grado B)
- La sonda de aspiración se recomienda que se inserte con la cara convexa a lo largo del techo de la faringe. (Nivel IV)
- La presión para la aspiración es generalmente 80-120 mmHg. Una presión negativa de 200 mmHg se puede aplicar siempre que el tamaño del catéter de aspiración utilizado sea el adecuado. (Grado B)
- La aspiración profunda puede ser necesaria en pacientes con grandes cantidades de secreciones en la parte baja de la vía aérea. (Nivel II)
- El catéter de succión debe ser insertado hasta la carina y retirarlo 1-2 cm. antes de aplicar la aspiración. (Nivel IV)
- La enfermera debe utilizar los equipos de protección individual (EPP) en la aspiración faríngea para protegerse de salpicaduras de tos y derrames. (Nivel IV)
- Se recomienda que el procedimiento de aspiración no dure más de 15 segundos. (Grado B)
- La sonda de aspiración debe ser estéril para reducir el riesgo de infección. (Nivel IV)
- La estimulación traqueal tiene el potencial de causar reacciones vasovagales que se manifiesta como bradiarritmias o hipotensión. (Nivel IV)
- La aspiración en la parte posterior de la garganta tiene mayor riesgo de náuseas, vómitos y traumatismo de la mucosa. (Nivel IV)
- El uso de la presión adecuada para la aspiración reduce el riesgo de atelectasia, hipoxia y el daño a la mucosa traqueal. (Nivel IV)
- Las múltiples aspiraciones en la vía aérea inferior contribuyen a que aparezcan bacterias y su colonización y aumente la posibilidad de neumonía nosocomial. (Nivel I)
- La aspiración orofaríngea y nasofaríngea es un procedimiento invasivo que puede conducir a la contaminación de la vía aérea inferior por lo tanto se requiere técnica

2. EVIDENCIA CIENTÍFICA Y PRECAUCIONES: (continuación):

aséptica que incluye lavado de manos y uso de guantes estériles. (Grado B)

- La pre-oxigenación con oxígeno al 100%, reduce la aparición de hipoxemia inducida por la succión hasta en un 32%. (Nivel I)
- La hiperoxigenación e hiperinsuflación antes de la aspiración puede reducir el riesgo de hipoxemia. (Nivel I)
- Para prevenir disminución de la saturación de oxígeno, se recomienda la pre-oxigenación con oxígeno al 100% por lo menos durante 30 segundos antes y después aspiración. (Grado B)

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- Batea.
- Aspirador de vacío.
- Guantes estériles.
- Solución de lavado: agua o suero fisiológico estéril.
- Toma de oxígeno.
- Mascarilla de oxígeno.
- Bolsa de residuos.
- Equipo de protección personal: bata mascarilla, cuando sea necesario.
- Depresor.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Valore la necesidad de aspiración del paciente: secreciones visibles o audibles, disminución de la saturación de oxígeno, aumento de la frecuencia respiratoria, aumento del trabajo respiratorio, inquietud del paciente o diaforesis. (Grado B)
2. Informe al paciente del procedimiento para conseguir su colaboración que es fundamental para el buen funcionamiento de la misma. Solicite su consentimiento. (Grado B)
3. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
4. Prepare el material y llévelo junto al paciente:
 - Compruebe el correcto funcionamiento del aspirador: coloque la presión en el manómetro del aspirador y sitúe un dedo sobre el extremo distal del tubo de conexión para verificar la presión de aspiración en la lectura del manómetro.
 - Si es necesario, la presión debe ser modificada adecuadamente antes de continuar con el procedimiento.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (continuación):

- Verifique el calibre de las sondas.
 - Seleccione la presión adecuada.
5. Colóquese bata y mascarilla si está indicado. (nivel IV)
 6. Colóquese los guantes estériles. (Grado B)
 7. Coloque al paciente en posición adecuada si no está contraindicado:
 - Aspiración por vía oral: semifowler, con la cabeza girada hacia un lado.
 - Aspiración por vía nasal: semifowler con el cuello en hiperextensión de 70°
 - Si el paciente está inconsciente colocarlo en posición de decúbito lateral.
 8. Si las secreciones son muy densas, administre nebulizadores.
 9. Coloque la cánula de Guedel si fuera necesario.
 10. Evalúe el estado de oxigenación del paciente mediante la determinación de la saturación de oxígeno.
 11. Pre-oxigene al paciente, al menos durante 30 segundos, a menos que exista contraindicación: (Grado B)
 - A Los que presenten disminución de la saturación de oxígeno durante la aspiración.
 - A Los que presenten alteraciones de ritmo cardíaco durante la aspiración.
 - A Los que reciben oxígeno suplementario de forma continua.
 12. Seleccionar la presión de aspiración: (Grado B)
 - Neonatos: 60-80 mm Hg
 - Bebés: 80-100 mm Hg
 - Niños: 100-120 mm Hg
 - Adolescentes/Adultos: 100-150 mm Hg
 13. Abra el envase estéril del catéter/sonda de succión, y conecte el catéter de succión al tubo de conexión, asegurándose de que el extremo distal de la sonda no toque al paciente, la cama o los guantes.
 14. Realice primero la aspiración por nasofaringe y después la orofaríngea si es necesario.
 15. Realice la aspiración:
 - A. Si Orofaríngea:
 - Lubrique la punta del sonda/catéter con la solución salina y aspire para comprobar su permeabilidad.
 - Solicite al paciente que abra la boca o utilice un depresor lingual para descender la lengua.
 - Introduzca suavemente el catéter/sonda deslizándolo por uno de los laterales de la boca hasta llegar a la orofaringe.
 - Aspire por las mejillas, debajo de la lengua, y/o la parte posterior de la nasofaringe, según sea necesario.
 - Realice la aspiración desde la parte posterior hacia adelante

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (continuación):

- La zona de aspiración mediante catéter de succión yankauer está delimitada por una línea imaginaria situada tras las muelas posteriores.
- No aspire durante la introducción de la sonda

B. Si Nasofaríngea:

- Mida la distancia entre el lóbulo auricular y la punta de la nariz del paciente, que será la longitud a introducir de la sonda.
 - Verifique la permeabilidad de las fosas nasales.
 - Utilice la fosa nasal más permeable para realizar la aspiración.
 - No aspire durante la introducción.
 - Lubrique la punta de la sonda con la solución salina o lubricante hidrosoluble.
 - Indique al paciente (si puede) que inspire e Introduzca suavemente la sonda por la fosa nasal deslizándola por el suelo de la cavidad nasal.
 - Inserte la sonda hasta la medida indicada o hasta que se produzca la tos.
 - Retire la sonda aproximadamente 1 cm.
 - Aspire cubriendo el puerto de control de aspiración con el pulgar, coincidiendo con el final de la inspiración (para garantizar la aspiración se produce durante la expiración).
 - Realice la aspiración máxima durante 10 - 15 segundos. (Grado B)
16. Retire el catéter/sonda lentamente y suavemente mientras se mantiene la succión. Si la sonda tiene agujeros circunferenciales no es necesario realizar movimientos de rotación mientras se extrae el catéter.
17. Administre oxígeno al 100% durante 30 segundos.
18. Evalúe la tolerancia del enfermo y si requiere otra aspiración:
- Permítale descansar durante 20-30 seg. antes de introducir nuevamente la sonda.
 - Pídale que realice una respiración profunda y que tosa entre las aspiraciones, si puede.
 - Si requiere que se aspire otra vez, utilice una sonda nueva estéril y cámbiese de guantes. (Grado B)
 - Coloque el oxígeno, ajuste la FIO₂ al valor inicial preestablecido.
19. Retire la sonda y deséchela de acuerdo al Protocolo de Gestión de Residuos Hospitalarios.
20. Enjuague el tubo de succión con el agua estéril, y colóquelo en el sistema de aspiración.
21. Deje al paciente en posición cómoda.
22. Recoja el material empleado y déjelo en su lugar listo para utilizado de nuevo.
23. Retírese los guantes.
24. Realice lavado de manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (continuación):

25. Enseñe al enfermo y/o cuidador familiar. A avisar cuando tenga secreciones que no pueda expulsar solo.
26. Registre: características de las secreciones (color, cantidad y viscosidad), así como cualquier reacción adversa que tuviera lugar durante el procedimiento.

5. BIBLIOGRAFÍA:

- AARC Clinical Practice Guideline. *Nasotracheal Suctioning*—2004 Revision & Update. *Respiratory care*. September 2004. vol 49 n 9.
- Afrainin Syah NUr. [Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Jack L. LeFrock, Albert S. Klainer; Wen-Hsien Wu,; Herman Turndorf. *Transient Bacteraemia Associated With Nasotracheal Suctioning*. *JAMA*. 1976; 236(14):1610-1611.
- Joanna Briggs Institute [Intervention: Pharyngeal Suction](#). JBI Database of Recommended Practice. 2009
- K C Wai, W O Kwok, M S Chan, C A Graham, T H Rainer: *Patients' perceptions of nasopharyngeal aspiration in the emergency department of a teaching hospital in Hong Kong* *Emerg Med J* 2007; 24: 35–36.
- Porritt. Kylie. [Pharyngeal Suction: Clinician Information](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Macmillan C. *Nasopharyngeal suction study reveals knowledge deficit*. *Nurs Times*. 1995; 91(50):28-30.
- Nottingham City Hospital/Queen's Medical Centre: *Nasal And Oral Tracheal Suction*. 2009. Nursing Practice Guidelines
- Rasika Jayasekara. [Endotracheal Suctioning: Clinician Information](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009
- Royal Free Hampstead. *Adult and Paediatric Oral/nasal-pharyngeal suctioning*. Clinical. Practice 2008.
- Solihull NHS. *Procedure for oral and nasopharyngeal suction for children in the community setting*. Community services policy and procedure committee 2009.
- Tyson Anne, Pippin Herman, Hill Sandra. *Nasopharyngeal and Nasotracheal Suctioning*. *PHI Clinical Policy* 2009.
- Vandenberg JT, Vinson DR. *The inadequacies of contemporary oropharyngeal suction*. *Am J Emerg Med*. 1999; 17(6):611-3.