*Aspiración endotráqueal*

*Método en que se utiliza una sonda para extraer las secreciones alojadas en el árbol traqueobronquial en pacientes con traqueotomía o intubados, con el objetivo de mantener las vías aéreas expeditas sin acumulo de secreciones que conllevan a trastornos ventilatorios o infecciones del aparato respiratorio.*

*Precauciones:*

*1. Lavado de manos antes y después de realizar la técnica.*

*2. Uso de gorro y tapa-boca.*

*3. Empleo de guantes estériles o pinzas.*

*4. Cambio de tramo de goma cada 8 h, así como el uso de soluciones bactericidas en el frasco colector de las secreciones y depósitos de las sondas.*

*5. Realizar la técnica por dos operadores, lo que permitirá su integridad aséptica.*

*6. Cambio de la solución de suero fisiológico para lavar las sondas cada 8 h y evitar los caldos de cultivos.*

*7. Usar una nueva jeringuilla cada vez que se realice la instilación, para asegurar la esterilidad de este proceder.*

*8. Usar una sonda por cada aspiración permite la esterilidad de la técnica.*

*9. La erradicación de sondas en solución evitará riesgos de contaminación.*

*10. El cambio de gasa de tubos y cánulas endotraqueal, así como el aseo bucal garantizan parte de la higiene.*

*11. La limpieza inmediata de techos, paredes y demás muebles, cambios de ropa de cama y limpieza de las áreas asistenciales, evitan la contaminación del medio y de otros pacientes, cuando las secreciones salgan en forma de proyectil.*

*12. El cultivo diario de secreciones endotraqueales permite detectar las infecciones traqueobronquiales precozmente.*

*13. El cambio de solomón y rotatorio, cuando se requieran, es fundamental para mantener las reglas de asepsia y antisepsia.*

*14. El control de portadores sanos evitan riesgos para el paciente.*

*Técnica:*

*1. Tener todo el material listo.*

*2. Desacoplar al paciente del equipo de ventilación.*

*3. Comenzar la técnica con ventilación manual (ambu o airviva).*

*4. Mediante el uso de guantes o pinzas estériles, el operador introduce el catéter con suavidad en el tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía.*

*5. Luego de avanzar el catéter todo lo posible, se retira 1 cm para liberarlo de la pared bronquial, una succión intermitente, mediante el uso de la técnica de abrir y cerrar el interruptor, al tiempo que se va girando muy lento el catéter de succión a medida que se retira.*

*6. El procedimiento de succión no debe nunca rebasar 10 s. En pacientes ventilados con concentraciones altas de O2, no toleran una succión de más de 5 s, ya que durante una aspiración más prolongada descienden los niveles de PaO2 y este riesgo puede ser compensado aspirando a través de una pieza en T o conector rotatorio (válvula de Swivel) sin desconectar el respirador, elevando momentáneamente el volumen respiratorio y aumentando la FiO2, para compensar el escape. Se debe recordar restablecer la FiO2 una vez terminado el procedimiento*

*7. Durante la técnica es importante observar la gráfica electrocardiográfica en el monitor, así como la coloración de piel y mucosas para detectar cianosis.*

*8. La instilación de humidificantes y soluciones medicamentosas, se aplicará según las indicaciones médicas, el enfermero/a debe valorar la viscosidad de las secreciones y de acuerdo con el grado de esta, se aumentarán las instilaciones para evitar la formación de tapones mucosos que ocluyan la luz del tubo o cánula que producen complicaciones como aletectasia, hipoventilación, aumento de la presión intrapulmonar, etc.*

*9. La instilación de la solución se realiza de la manera siguiente: se contrasta la cara interna de las paredes del tubo o cánula de traqueostomía, se fracciona el volumen determinado y se ventila manualmente al paciente entre una y otra instilación.*

*10. El enfermero/a debe tener en cuenta las características de las secreciones aspiradas para ello, debe observar su color, cantidad, olor y consistencia, e informarle al médico las variaciones que puedan existir.*

*11. Al finalizar la técnica de aspiración se procederá a la aspiración de la región nasofaríngea y orofaringea, y para ello, se puede utilizar la sonda que anteriormente utilizó en la aspiración del tubo si esta no presenta secreciones adheridas en su parte externa, como principio fundamental no aspirar el tubo después de aspirar la boca o la nariz o de haber introducido la sonda en el frasco lavador.*

*12. Durante el proceso de aspiración la sonda se cambiará cada vez que sea necesario, el frasco de solución para lavar las sondas debe cambiarse, cuando en su interior se depositan las secreciones adheridas a la sonda, para evitar formar verdaderos caldos de cultivo, también han de cambiarse cuando el tiempo de abierto sea muy prolongado (4 a 8 h).*

*13. Terminado el proceso de aspiración la sonda se desecha, se introducen en una cubeta con solución de fenol o ácido acético, con el fin de evitar contaminación,se recomienda que el frasco colector de las secreciones se le adicione este tipo de solución con el mismo fin.*

*14. Es importante reflejar en la hoja de parámetros la cantidad de secreciones aspiradas. El volumen se obtiene restando del volumen total coleccionado en el frasco aspirador el volumen de líquido utilizado para lavarlas.*

*Complicaciones por aspiración endotráqueal:*

*1. Hipoxia y paro cardíaco por succión prolongada y bradicardia.*

*2. Infección de las vías respiratorias por mala manipulación de las sondas (violación de los principios de asepsia y antisepsia).*

*3. Atelectasia por tapones mucosos que ocluyen la luz del bronquio; obstrucción del tubo o cánula de traqueostomía e hipoventilación.*

*4. Sangramiento de la mucosa traqueobronquial.*

*5. Broncoespasmo durante la succión traqueal.*

*6. Broncoaspiración por mantener el manguito del tubo o cánula desinflados.*

*7. Aumento de la FC por exceso de medicamentos broncodilatadores, etc*