

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

ASPIRACION DE SECRECIONES EN PACIENTES CON RESPIRACION ARTIFICIAL DE MANERA SEGURA.

Autor principal	EVA ISABEL GIMÉNEZ VERDEGAY
CoAutor 1	MARIA DEL CARMEN GOMEZ TRIVIÑO
CoAutor 2	DOLORES MARIA SALVADOR AMAT
Área Temática	La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias
Palabras clave	ATENCION DE ENFERMERIA ASPIRACION SECRECIONES SEGURIDAD DEL PACIENTE

» Resumen

La aspiración de secreciones en pacientes con respiración artificial consiste en la extracción de secreciones de la tráquea o bronquios a través de una sonda que se introduce por la boca, nariz, tubo endotraqueal o por un estoma traqueal.

A pesar de ser un procedimiento necesario, puede ocasionar complicaciones como lesión en la mucosa traqueal, dolor, desaliento, infección, alteración de los parámetros hemodinámicos y de los gases arteriales, broncoconstricción, atelectasia, aumento de la presión intracraneal, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral, entre otros.(1)

La existencia de secreciones bronquiales abundantes, alteradas o no controladas, puede complicar la evolución favoreciendo la aparición de neumonía nosocomial, prolongación de la ventilación mecánica y realización de traqueotomía.

Las complicaciones pulmonares son la causa de más del 25% de la mortalidad en el periodo postoperatorio y el principal factor de la prolongación de la hospitalización e incremento del coste sanitario de los pacientes quirúrgicos.

La atención de enfermería ha tenido un papel importante en la aplicación de ésta técnica, así como en los cuidados necesarios para su buen funcionamiento y resolución o disminución de las complicaciones derivadas de su manejo. Por ello hemos realizado un protocolo estandarizado de aspiración de secreciones adaptado a nuestra unidad para unificar criterios enfermeros y asegurar el bienestar, confort y seguridad del

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La aspiración endotraqueal de secreciones es imprescindible para el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea artificial. Este procedimiento puede estar asociado a riesgos para los pacientes como barotrauma, lesión de la mucosa traqueal, alteraciones hemodinámicas, dolor, desaliento, infección, hipoxemia, atelectasias, etc.

Considerando su complejidad una evaluación previa de la necesidad de aspiración es indispensable. Pues se trata de una técnica invasiva que debe ser realizada con criterio enfermero, ya que puede causar agravios al paciente.

Por tanto, es importante que el enfermero tenga conocimientos basados en evidencias científicas válidas y actualizadas, sobre los diferentes métodos y aspectos relacionados con la aspiración de secreciones y así garantizar la seguridad del paciente.

El estudio lo hemos realizado enfermeras del Servicio de Reanimación del Hospital Torrecárdenas de Almería, perteneciente a la Unidad de Gestión Clínica del Bloque Quirúrgico de dicho hospital.

Tras una amplia revisión bibliográfica sobre el tema tratado hemos encontrado una gran variabilidad en las prácticas asociadas a la aspiración de secreciones, tales como preoxigenación, hiperinsuflación, cambio de los sistemas de aspiración, limpieza de los mismos, etc.

Partiendo de la base que nuestro protocolo de aspiración de secreciones debía tener rigor científico para nuestro trabajo diario la base de datos que consultamos fue The Joanna Briggs institute for Evidence based nursing sobre los grados de recomendación existentes en los trabajos científicos con los consiguientes niveles de evidencia de los mismos.

Grados de recomendación derivados de los niveles de evidencia establecidos según The Joanna Briggs institute for Evidence based nursing (2) :

Grado A: Recomendación demostrada para su aplicación.

Grado B: Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación.

Grado C: Recomendación no demostrada.

Niveles de Evidencia

Todos los estudios se clasificaron según el nivel de la evidencia basándonos en el siguiente sistema de clasificación.

Nivel I

Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.

Nivel II

Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.

Nivel III.1

Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.

Nivel III.2

Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.

Nivel III.3

Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.

Nivel IV

Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Hemos realizado un estudio descriptivo transversal partiendo del análisis de los datos obtenidos de ingresos de pacientes durante el año 2012 en el Servicio de Reanimación, solicitados previamente al Servicio de Informática con una autorización específica y respetando en todo momento la ley de protección de datos vigente en la actualidad.

La muestra total de ingresos en el año 2012 en Reanimación fue de 953 pacientes.

A la hora de interpretar dichos datos tuvimos en cuenta:

- Estancia media de ingreso de + de 7 días.
- Estancia media de ingreso de - de 7 días.

En los pacientes ingresados menos de 7 días, la estancia media de ingreso fue de 2 días, representando el 90 % de la muestra.

Sin embargo la estancia media de ingreso de los pacientes de más de 7 días fue de 25 días, representando el 10 % de la muestra (oscilando en el intervalo entre 7 días mínimo y 133 días de máximo de ingreso).

Nos centramos en este 10 % de pacientes, ya que son estos los que más gastos en recursos humanos, materiales y económicos han conllevado. Se consideró este dato demasiado importante como para haber trabajado en la realización de un protocolo estandarizado de aspiración de secreciones en la unidad de Reanimación, con el fin de homogeneizar nuestros cuidados, acortar el tiempo de estancia y disminuir el uso de recursos materiales y económicos para garantizar unos cuidados de salud seguros y de calidad.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Los pacientes a los que se les ha practicado este tipo de atención de enfermería requieren importantes cuidados para su incorporación a la vida diaria, por ello es necesaria una adecuada educación sanitaria que les permita afrontar su nueva situación con calidad y seguridad durante su estancia en el hospital.

La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el paciente necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo.

Para ello elaboramos un Protocolo de Aspiración de Secreciones descrito a continuación:

Valore de 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)

Informe al paciente del procedimiento para conseguir su colaboración que es fundamental para el buen funcionamiento de la misma. Solicite su consentimiento. (Grado B)

Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel 1)

Prepare el material.

Compruebe el correcto funcionamiento del aspirador y seleccione la presión adecuada en el manómetro del aspirador: (Grado B)

Neonatos: 60 - 80 mmHg

Bebés: 80 - 100 mmHg

Niños: 100 - 120 mmHg

Adultos: 100 - 150 mmHg

Verifique el calibre de las sondas.

Colóquese bata y mascarilla si está indicado. (Nivel IV)

Colóquese los guantes estériles. (Grado B)

Coloque al paciente en la posición adecuada.

Si las secreciones son muy densas, administre nebulizadores.

Coloque la cánula de Guedel si fuese necesario.

Evalúe el estado de oxigenación del paciente mediante la determinación de la saturación de oxígeno durante todo el procedimiento.

Preoxigene 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 del ritmo cardiaco durante la aspiración.

- A los que reciben oxígeno suplementario de forma continua.

Abra el envase estéril de la sonda de aspiración y conéctela al tubo de conexión, asegurándose de que el extremo distal de la sonda no toque al paciente, la cama o los guantes.

Realice la aspiración:

A. Si es orofaríngea:

-Lubrique la punta de la sonda 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 la sonda deslizándola 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.

B. Si es 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 la realización de 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 un centímetro.

- Realice la aspiración máxima durante 10-15 segundos. (Grado B).

Retire la sonda lenta y suavemente mientras se mantiene la succión. Si la sonda tiene agujeros circunferenciales no es necesario realizar movimientos de rotación mientras se extrae la sonda.

Una vez finalizada la aspiración, administre oxígeno al 100% durante 30 segundos.

Evalúe la tolerancia del paciente y si requiere otra aspiración:

- Permítale descansar durante 20- 30 segundos antes de introducir nuevamente la sonda.

- Pídale que realice una respiración profunda y que tosa durante las aspiraciones, si puede.

- Si requiere que se aspire otra vez, utilice una nueva sonda estéril y cámbiese de guantes. (Grado B)

Coloque el oxígeno, ajuste la Fio2 al valor inicial preestablecido.

Retire la sonda y deséchela de acuerdo con el protocolo de gestión de residuos hospitalarios.

Enjuague el tubo de aspiración con el agua estéril y colóquelo en el sistema de aspiración.

Deje al paciente en posición cómoda.

Recoja el material empleado y déjelo en su lugar listo para ser utilizado de nuevo.

Retírese los guantes.

Realice lavado de manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)

Enseñe al paciente y/o cuidador principal a avisar cuando tenga secreciones que no pueda expulsar sólo.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Los principales inconvenientes con los que nos encontramos durante la realización del estudio fueron los siguientes:

- Pacientes con alteraciones temporo-espaciales.

- Presencia de barreras idiomáticas en algunos de ellos.

- Resistencia a los cambios en los procedimientos y organización del trabajo de enfermería.

- Gran cantidad de personal enfermero contratado a intervalos cortos de tiempo.

- Indicadores de calidad insuficientes para el cumplimiento de los registros de forma rigurosa ya que son la base para la evaluación de los

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

Cada vez es más frecuente detectar que la enfermería esté comprometida con una práctica profesional al lado del paciente y su familia. Es responsable de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven los pacientes ante diversas experiencias de salud, en continua interacción con su entorno.

La familia es el medio más cercano a estos pacientes y su intervención puede influir en su recuperación, tanto emocional como afectiva. Para conseguir estas actitudes las familias han de tener la máxima información ante la nueva situación para poder adaptarse tan rápido como sea

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Evaluar la correcta implantación del protocolo de aspiración de secreciones en la unidad de Reanimación. Para ello se evaluará la formación del profesional sanitario, el correcto funcionamiento y ejecución de dicho protocolo y la satisfacción del usuario tras la realización de este procedimiento. La valoración del grado de satisfacción se llevará a cabo a través de encuestas de opinión y buzón de quejas/sugerencias.

Se facilitará a los profesionales una adecuada retroalimentación mediante sesiones formativas, dípticos y pósters que les informe de la correcta realización de la aspiración de secreciones de manera segura y eficiente.

» **Bibliografía.**

1. Oliveira Favretto D, de Camos Pereira Silveira RC, Marin da Silva Canini SR, Garbin L M, Titareli Merízio Martins F, Barcellos Dalri MC. Aspiración endotraqueal en pacientes adultos con veía aérea artificial: revisión sistemática. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012;20(5):1-8.
2. The Joanna Briggs Institute. Grades of Recommendation. {consultado Enero 2013}. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au/Grades%20of%20Recommendation>