

GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES NASOFARINGEO Y OROFARÍNGEO EN RECIÉN NACIDOS

I.FINALIDAD

Contribuir con la disminución de la morbimortalidad del recién nacido, con necesidad de aspiración de secreciones naso-oro faríngeo, monitorizando la calidad del procedimiento en la permeabilidad de la vía aérea superior. Este procedimiento se sintetiza con la evaluación funcional del sistema respiratorio del paciente.

II.OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Unificar procedimientos con el equipo de profesionales en la atención del recién nacido para mantener la permeabilidad de la vía aérea del paciente, contribuyendo en el cuidado integral del recién nacido y evitando complicaciones en diferentes sistemas.

2.2. Objetivos Específicos

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea facilitando una adecuada ventilación nasal de los recién nacidos
- Disminuir riesgos de infecciones asociadas a neumonía asociada al ventilador (NAVM).

III.ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Neonatología del Instituto Nacional Materno Perinatal - Unidad de cuidado intensivo neonatal

IV.NOMBRE DEL PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Aspiración de Secreciones nasofaríngeo y orofaríngeo en recién nacidos con código CIE 10: J69.0 y código CPMS: 31720.01 Aspiración de secreciones

V.DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definición del procedimiento

Es un procedimiento invasivo destinado para prevenir la obstrucción a nivel nasofaríngeo y orofaríngeo por secreciones, vómito y material extraño que interfieren en la ventilación y oxigenación del paciente recién nacido. Este procedimiento facilita la respiración nasal y evita complicaciones que lo llevan a la intubación. Este procedimiento también puede ser destinado a tomar muestras para estudio

5.2. Recursos

5.2.1 Recursos Humanos

- ✓ Operador que ejecuta procedimiento de aspiración: Enfermera, médico pediatra/neonatólogo o Fisioterapeuta cardiorrespiratorio (personal de salud entrenado en el procedimiento)
- ✓ Ayudante que colabora en el procedimiento: Enfermera o Técnico de enfermería.

- ✓ Colabora como ayudante si el paciente requiere intervención fisioterapéutica: Fisioterapeuta cardiorrespiratorio.

5.2.2 Recursos Materiales

- ✓ Equipo de succión: aspirador mecánico y/o sistema de aspiración al vacío, tubuladuras o mangueras de aspiración conectados al aspirador.
- ✓ Sondas de aspiración estéril Nro. 6, 8 y 10 según diámetro fosa nasal del recién nacido.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Estetoscopio neonatal
- ✓ Oxímetro de pulso o monitor multiparámetros.
- ✓ Jeringa descartable 1 cc.
- ✓ Suero fisiológico
- ✓ Agua destilada

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. Descripción detallada del procedimiento

6.1.1. Verificar la calidad de los equipos.

- ✓ Verificar la presión de succión al vacío en el panel de control del sistema de gases.
- ✓ Verificar el funcionamiento del manómetro de presión negativa
- ✓ Verificar el armado de la tubuladura o manguera de aspiración al aspirador
- ✓ Verificar la presión del manómetro con la manguera o tubuladura antes de utilizarlos con el paciente.
- ✓ Si ninguno de los sistemas funcione NO inicie el procedimiento.

6.1.2. Aspiración Nasofaríngea

- ✓ **Antes de la aspiración:**
 1. Verificar los materiales.
 2. Verificar la vigencia de esterilización (fecha de vencimiento) del material
 3. Seleccionar el calibre adecuado de sonda de aspiración según el diámetro de la fosa nasal del paciente.
 4. Abrir las envolturas de los insumos.
 5. Realizar lavado de manos clínico de acuerdo con las normas de bioseguridad.
 6. Colocarse guantes estériles.
 7. Colocar sonda de aspiración a la manguera del aspirador.
 8. Encender el aspirador.
 9. Regular la presión del aspirador, ocluyendo el extremo distal de la manguera del aspirador:
 - En RNPT: 50 mmHg
 - En RNT: 80 mmHg.
- ✓ **Durante la aspiración:**
 1. Introducir la sonda de aspiración en la fosa nasal según la longitud establecida y sin crear presión negativa:

Longitud de sonda a introducir = distancia entre el ala de la nariz y el lóbulo de la oreja.

1. Retirar la sonda aspirando suavemente, evitando movimientos rotatorios. Máximo 10 segundos.
2. Instilar con suero fisiológico 0.2 cc en cada fosa nasal, solo si las secreciones son densas o adherentes.
3. Repetir procedimiento de aspiración una vez recuperada la SatO₂ del paciente. Mantener SatO₂ 90 – 95%
4. Al final aspirar la cavidad bucal evitando introducir la sonda en forma profunda.
5. Permeabilizar el set de aspiración con agua destilada.
6. Eliminar los materiales e insumos utilizados: sonda de aspiración, guantes, etc.
7. Realizar el lavado de manos

6.1.3. Requisitos

El paciente debe estar en monitorización permanente.

Aumentar el FiO₂ en un 20% previo al inicio del procedimiento y disminuirlo de forma gradual al finalizar el procedimiento hasta llegar al FiO₂ requerido previamente.

Mantener uso estricto de técnica aséptica.

Usar materiales estériles.

Si durante el procedimiento se contamina el material estéril, este debe ser cambiado antes de continuar.

Utilizar siempre sondas de aspiración, nunca sondas de alimentación.

Los frascos colectores de aspiración deben ser cambiados o lavados una vez por turno.

La aspiración debe ser realizada cuando sea necesario según evaluación del paciente, nunca deben ser programados o en forma rutinaria.

Instilar suero fisiológico sólo en caso de secreciones espesas y adherentes: 0.2 cc en cada fosa nasal.

6.2. INDICACIONES

6.2.1. Indicaciones Absolutas.

Disminución de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO₂

Disminución del murmullo pulmonar y en presencia de sonidos respiratorios anormales a la auscultación: roncus

Visibilidad de secreciones a nivel de fosa nasal o cavidad bucal.

Disminución de la movilidad toraco-diafragma-abdomen.

6.2.2. Indicaciones Relativas

Sospecha de aspiración de contenido gástrico.

Toma de muestra nasofaríngea.

6.3. CONTRAINDICACIONES

6.3.1. Contraindicaciones Absolutas

No aspirar si presenta lesiones traumáticas de la mucosa nasal

No aspirar después de la alimentación.

Presencia de laringoespasma.

No aspirar con técnica profunda.

No aspirar si la presión al vacío es mayor a la presión recomendada para cada paciente

6.3.2. Contraindicaciones Relativas

La aspiración de secreciones nunca debe realizarse en forma rutinaria.

Oclusión del pasaje nasal. Por exceso de presión que lesionó la mucosa

6.4. COMPLICACIONES

Lesiones traumáticas de la mucosa nasofaríngea y reacciones vagales.

Laceración nasal y de los cornetes.

Hipoxia/hipoxemia

Disminución de la capacidad residual funcional

Incremento de la colonización bacteriana de la vía aérea baja.

Cambios en el flujo sanguíneo e incremento de la presión intracraneal.

6.5. RECOMENDACIONES

Antes del procedimiento de aspiración de secreciones debe realizarse la auscultación con el uso de un estetoscopio.

Evalué y monitoree al paciente, considerando como primer signo las apneas obstructivas y el pobre movimiento de la caja torácica.

Si el paciente permanece con apoyo de ventilación no invasiva o algún dispositivo oxigenatorio (ej: cánula binasal), eleve un punto el FiO₂ ó el Flujo así puede minimizar complicaciones ventilatorias y oxigenarias, como atelectasia de algún segmento pulmonar.

6.6. NIVEL ASISTENCIAL DE EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

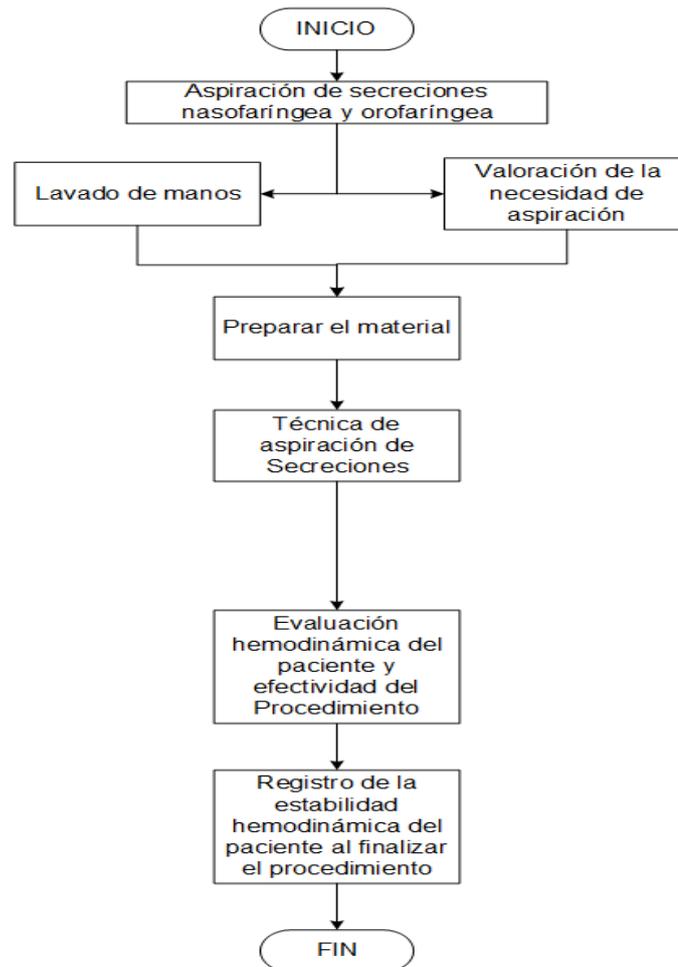
Hospitales Nivel II-1, II-2, III-1, III-2

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

VII. ANEXOS

ANEXO 1 FLUJOGRAMA

PROCEDIMIENTO ASPIRACIÓN DE SECRECIONES NASOFARÍNGEO Y OROFARÍNGEO EN RECIÉN NACIDOS



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

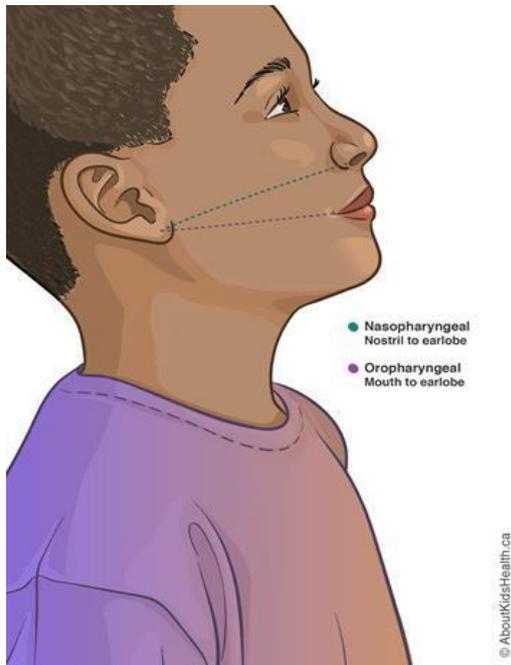


Fig 1. Distancia de ingreso del catéter de succión Nasofaríngeo y Orofaringeo

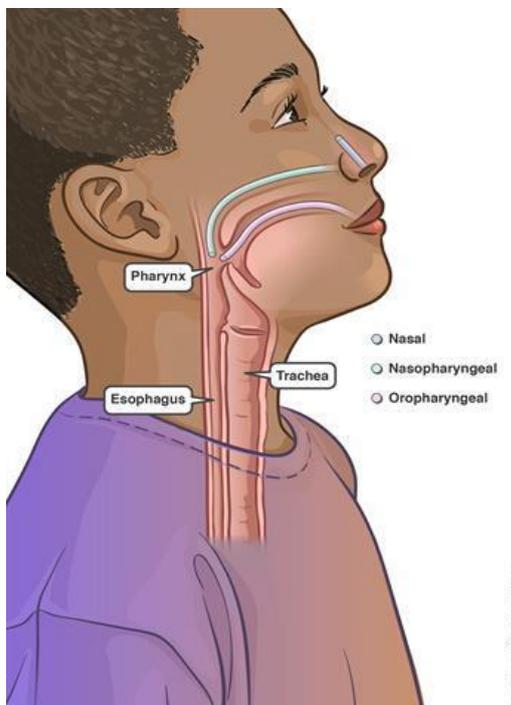


Fig 2. Diferencia de la zona de aspiración: Aspiración nasal, nasofaríngeo y orofaringeo

VIII. BIBLIOGRAFÍAS

1. Reviewed by SickKids Staff. How to perform nasopharyngeal and oropharyngeal suctioning. 2020 Feb Disponible en: <https://www.aboutkidshealth.ca/article?contentid=3857&language=english#>
2. Meyer P , Rousseau H , Maillet JM , Thierry S , Sy O , Vicaut E , et al . Evaluación de la succión nasotraqueal ciega y el lavado mini-broncoalveolar no broncoscópico en pacientes críticamente enfermos con neumonía infecciosa: un estudio preliminar . Respir Care 2014 ; 59 (3) : 345 - 352 . Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/content/59/3/345>
3. Zhang T, Black S, Hao C, Ding Y, Ji W, Chen R, Lin Y, Eskola J, Shinefield H, Knoll MD, Zhao G. The blind nasotracheal aspiration method is not a useful tool for pathogen detection of pneumonia in children. PLoS One. 2010 Dec 29;5(12):e15885. doi: 10.1371/journal.pone.0015885. PMID: 21209964; PMCID: PMC3012105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21209964/>
4. Pode D, Manny J. A simplified method for repeated nasotracheal suction. Surg Gynecol Obstet. 1984 Aug;159(2):173-4. PMID: 6463830. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6463830/>
5. AARC Clinical Practice Guideline Nasotracheal Suctioning. Revision 2004 by Kim Bennion RRT. Primary Children's Medical Center, Salt Lake City, Utah. Original Publication: Respir Care 1992;37(8):1176-1179. Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/content/respcare/49/9/1080.full.pdf>

Enlaces

6. Aspiración Orofaringea, Aspiración Nasofaringea, Aspiración Traqueal. 2011. BuenasTareas.com. <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711081.pdf>
7. Neonatal Suction Catheter Complications <https://blog.sscor.com/neonatal-suction-catheter-complications>
8. Técnica de aspiración de secreciones por tubo endotraqueal <https://www.fundasamin.org.ar/archivos/T%C3%A9cnica%20de%20aspiraci%C3%B3n%20de%20secreciones%20por%20tubo%20endotraqueal.pdf>