

MUESTRAS RESPIRATORIAS

Indicaciones para pacientes

Envío y conservación de muestras respiratorias

Las muestras respiratorias (esputo, aspirado, lavado, etc.) deben enviarse correctamente para evitar errores:

- Colocar la muestra en un **frasco estéril**, bien cerrado y con **nombre, apellido y fecha**.
- Guardarla dentro de una **bolsa o envase cerrado** y luego en un **recipiente rígido rotulado** como "Muestra respiratoria".
- La documentación (pedido médico, ficha, etc.) debe ir **por fuera del recipiente**, en una bolsa aparte.

Importante:

- Mantener la muestra **en heladera (2-8 °C)**.
- Enviarla dentro de las **24 horas**.
- **Horario de recepción:** lunes a viernes de 8 a 16 h, sábados de 8 a 11 h.

MUESTRAS RESPIRATORIAS

ESPUTO

1. Usar un **frasco estéril** (se compra en farmacia).
2. Lavarse los dientes y hacer buches con agua.
3. Respirar profundo y **toser para obtener flema del pecho** (no saliva).
4. Colocar la muestra en el frasco y cerrarlo bien.
5. Guardar en heladera y llevarla **lo antes posible al laboratorio**.

Recomendación: si cuesta expectorar, hacerlo a la mañana en ayunas.

Si el estudio es para tuberculosis (baciloscopía).

- Recolectar de **2 a 3 muestras en días seguidos** (preferentemente por la mañana).
- Guardarlas en heladera hasta completar todas.
- Rotular cada una como **muestra 1, 2 o 3**.

MUESTRAS TOMADAS POR EL PERSONAL MÉDICO

ESPUTO INDUCIDO, LAVADO BRONCOALVEOLAR (BAL), MiniBAL, ASPIRADO TRAQUEAL (AT), CEPILLADO BRONQUIAL

Espujo inducido

Muestra obtenida con sonda de aspiración por personal de kinesiología o enfermería. El volumen de muestra como mínimo deben ser 2 mL.

Aspirado traqueal

Método más sencillo para obtener secreciones respiratorias en los pacientes intubados y con ventilación mecánica para la detección de los agentes causales de la infección del tracto respiratorio inferior. La recogida de la muestra se realiza por aspiración a través del tubo endotraqueal.

En ocasiones puede ser necesario diluir con suero salino las secreciones viscosas y facilitar de este modo la recogida.

Lavado broncoalveolar (BAL)

Se debe enclavar el broncoscopio en subsegmento pulmonar radiográficamente afectado y se instilan volúmenes variables de suero fisiológico estéril en cantidades que oscilan entre 100 y 120 mL. Después de cada instilación se hace una aspiración para recuperar el máximo volumen de líquido posible, formado por una mezcla del suero fisiológico y secreción broncoalveolar.

El volumen de muestra obtenido depende del volumen instilado y puede variar entre 10 y 100 mL. La segunda o tercera porción obtenidas de la aspiración son las ideales para realizar cultivos cuantitativos, ya que es el que mejor representa el contenido alveolar.

Cepillado bronquial

Se emplea un doble catéter telescópico (catéter telescopado protegido). El catéter interno contiene un cepillo con numerosas cerdas flexibles y el externo esta ocluido en su porción distal por un tapón de material reabsorbible. Al llegar con el fibroscopio hasta el bronquio que conduce al foco infeccioso se empuja el cepillo para desalojar el tapón y obtener la muestra, girándolo suavemente para conseguir que se adhieran las secreciones de los bronquiólos distales. Extraído el fibroscopio, se corta el cepillo en condiciones estériles y se introduce en un tubo que contiene 1 ml de suero fisiológico estéril.

Minilavado broncoalveolar (MiniBAL): Consiste en instilar a través de un catéter (telescopado protegido o no) una cantidad no estandarizada (20-150 ml).