

FINALIDADE:

- Padronizar condutas a serem realizadas pelos Fisioterapeutas junto com a equipe multiprofissional;
- Minimizar a ocorrência de eventos adversos previsíveis;
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, qualificado e seguro aos pacientes.

JUSTIFICATIVA:

Manter permeabilidade de via aérea.

DEFINIÇÕES E SIGLAS:

FIO2 – Fração inspirada de O2

TOT – Tubo orotraqueal

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fisioterapeutas/Técnicos de Enfermagem/Enfermeiros.

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Sonda de aspiração nº 12;
- Luva estéril plástica descartável;
- Soro fisiológico 0,9% (flaconete de 10ml).


PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos;
2. Utilizar Equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, avental, óculos);
3. Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito;
4. Posicionar o paciente com cabeceira elevada à 30° - 45°;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Abrir e testar o funcionamento do sistema de aspiração;
7. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la na extensão do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro);
8. Promover incremento de oxigênio no botão: increse do ventilador mecânico com oferta de fração inspirada de oxigênio (FIO2) a 100 % por 2 minutos;
9. Silenciar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente;
10. Calçar a luvas estéril na mão dominante por cima da luva de procedimento;
11. Retirar a sonda do pacote com a mão dominante;
12. Desconectar a traquéia do respirador com a mão não dominante ou solicitar a outra pessoa para desconectar (deixar a extremidade distal suspensa – sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo);
13. Pinçar a extensão do vácuo ou a sonda de aspiração;
14. Avisar ao paciente que irá iniciar o procedimento (quando acordado e lúcido);
15. Introduzir a sonda de aspiração no tubo orotraqueal (TOT) ou nasotraqueal ou traqueostomia, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração, realizar movimentos lentos de vai e vem e retirar lentamente a sonda. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia;
16. Conectar a traquéia do ventilador novamente;
17. Repetir o procedimento, quantas vezes for necessário;

18. Em seguida e se necessário, aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar;
19. Enrolar a sonda de aspiração na mão e retirar a luva de modo que a sonda fica dentro da luva;
20. Desprezá-las no lixo;
21. Lavar a extensão de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de soro fisiológico ou água estéril;
22. Desligar o sistema de vácuo e proteger sua ponta;
23. Realizar a ausculta pulmonar;
24. Organizar o leito do paciente;
25. Retirar as luvas;
26. Lavar as mãos;
27. Evoluir no prontuário aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Monitorizar os sinais vitais, sinais de desconforto respiratório antes, durante e após o procedimento;
- O procedimento de aspiração é conduta normal em terapia intensiva, porém os riscos inerentes ao procedimento incluem desde contaminação pulmonar a parada cardiorrespiratória e todos os riscos inerentes a estas ocorrências. Por isso a aspiração deve ser feita em 2 pessoas. Durante o atendimento de fisioterapia o técnico responsável pelo paciente devera auxiliar o fisioterapeuta, já em outros momentos a técnica também deve ocorrer em dupla (sem a presença do fisioterapeuta), sendo responsabilidade da equipe de enfermagem estabelecer a rotina e as duplas (técnico de enfermagem/enfermeiro ou técnico de enfermagem/técnico de enfermagem);
- Não recomenda-se instilar soro fisiológico ou água destilada pelo tubo ou traqueostomia do paciente, pelo possível deslocamento de bactérias presentes no biofilme da via aérea artificial para trato respiratório inferior. Se necessário, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução seguida de aspiração com o objetivo de facilitar a introdução da sonda, estimular a tosse e ajudar na remoção de secreções espessas ou “rolhas”;
- Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos colocados em recipiente não estéril (copinhos ou frascos) caso a sonda suja trocá-la;
- O tamanho da sonda de aspiração deve ser a de menor diâmetro possível para uma sucção adequada, recomenda-se utilizar a seguinte fórmula para escolher o tamanho ideal: $N^{\circ} \text{ da sonda} = (n^{\circ} \text{ do TOT/TQT} - 2) \times 2$, no geral a sonda nº 12 é a mais indicada;
- Recomenda-se o ajuste da pressão de vácuo (Quinpot) entre 40 e 60 mmHg;
- O Y/filtro deve ser mantido protegido (podendo ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada);
- Não manter nova sonda de aspiração conectada na extensão para aspirações futuras;
- Realizar o procedimento após a fisioterapia respiratória e/ou sempre que houver sinais de acúmulo de secreções;
- É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, baixar a cabeceira para realizar procedimentos;
- De acordo com as atribuições estabelecidas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP		
	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL – SISTEMA ABERTO		
	POP.HC.FST.003	Versão: 002	Página: 3 de 3

(COFFITO), não é função do Fisioterapeuta montagem e limpeza dos copos coletores de secreção traqueal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. CASALI, C.C; MATOS, C.M.P. Técnicas de fisioterapia em terapia intensiva. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 1. Volume 2. Editora Artmed, 2010.
2. COSTA, R.P. Técnicas e recursos para remoção de secreção brônquica. In: SARMENTO, G.J.V. Fisioterapia respiratória no paciente crítico: Rotinas Clínicas. Editora Manole, 2005.
3. GUIMARÃES, F.S; FIGUEREDO, P.H.S; LEMES, D.A; MENEZES, S.L.S. Técnicas de remoção de secreção em pacientes ventilados artificialmente. In: PROFISIO. Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 2. Volume 4. Editora Artmed, 2012.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

02/07/2024 – Atualizado e revisado