

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 uma pressão adequada, evitando o escape de ar assim como dificultar a passagem de líquidos e secreções para o trato respiratório inferior;
- Evitar lesões da mucosa, tais como: perda ciliar, ulceração, hemorragia, estenose subglótica, fístula traqueoesofágica, além de granulomas.

DEFINIÇÕES E SIGLAS:

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

Fisioterapeuta

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Cufometro;
- Ficha de controle.

INTRODUÇÃO:

A pressão do cuff deve ser monitorada periodicamente. A sua insuflação deve ser suficiente para impedir a fuga aérea, além de impedir a passagem de conteúdo supra ou infraglótico, protegendo o paciente de pneumonias aspirativas, além de diminuir a movimentação da cânula na traqueia e impedir extubação acidental.

Porém, essa pressão não pode comprimir de maneira excessiva a parede da traqueia, pois pode pressionar os vasos sanguíneos da região, causando lesões da mucosa, podendo levar a alterações tais como: perda ciliar, ulceração, hemorragia, estenose subglótica, fístula traqueoesofágica, além de granulomas, o que ocorre principalmente em intubações prolongadas.

Assim, sua pressão deve ser controlada e mantida entre 20 e 34 cmH₂O (15 e 25 mmHg) ou seja, abaixo da pressão de perfusão capilar da mucosa traqueal, sendo recomendado pelo III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica que a aferição seja realizada 2 vezes por dia.

PROCEDIMENTO:

1. Conecte o cuff externo na ponteira do cufometro;
2. Verifique a pressão interna do cuff no relógio;
3. Deve estar entre 25cmH₂O e 35cmH₂O.

4. Pressão maior que 35 cmH₂O:
5. Apertar o botão vermelho diminuindo a pressão interna até o limite ideal (25/35cmH₂O).
6. Pressão menor que 25cmH₂O:
7. Apertar a empuhnadeira aumentando a pressão interna até o limite ideal (25/35cmH₂O);
8. Realizar a medida as 8hs e as 18hs.

NOTA:

Considerando as diferenças anatômicas de cada indivíduo, é importante realizar uma ausculta traqueal, posicionando o estetoscópio na região antero-lateral do pescoço, buscando escapes aéreos, garantindo assim que não está ocorrendo vazamentos, proporcionando uma melhor segurança ao paciente.

Caso seja necessário aumentar a pressão do balonete acima do preconizado, é necessário justificar em ficha o motivo pela alteração na pressão do cuff.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Penitenti R de M, Vilches JIG, Oliveira JSC de, Mizohata MGG, Correa DI, Alonso T, et al. Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. Rev Bras Ter Intensiva. 2010;22(2):192– 5.
2. Martins RHG, Dias NH, Braz JRC, Castilho EC. Complicações das vias aéreas relacionadas à intubação endotraqueal. Rev Bras Otorrinolaringol. SBORL; 2004 Oct;70(5):671–7.
3. Carvalho LMA, Lopez PB, Becker A, Mesko GE, Perottoni JS, Sedrez MM. Complicações laringotraqueais pós-extubação em crianças. Rev. Bras Terapia Intensiva. 2001;1(13): 29-34.
4. Mota LAA, de Cavalho GB, Brito VA. Laryngeal complications by orotracheal intubation: Literature review. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012;16(2):236–45.
5. Jerre G, Silva TDJ, Beraldo M a., Gastaldi A, Kondo C, Leme F, et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2007;33(Supl 2):S142–50.
6. Cardoso GDS, Guimarães HP, Lopes RD, Leal P, Souza F, Guedes C, et al. Controle da pressão do balonete de cânulas traqueais: Estudo prospectivo em unidade de terapia intensiva geral. Rev Bras Ter Intensiva. 2005;17(3):185–7.
7. Padovani C, Ayusso Teixeira L. Edema laríngeo pós-extubação e o Teste de Escape do Balonete. Rev Inspirar. 2013;5(5):29–32

HISTÓRICO DE REVISÕES:

02/07/2024 – Revisado e atualizado