

FINALIDADE:

Manter as vias aéreas do paciente com TOT ou traqueostomizado, permeáveis e livre de secreções.

JUSTIFICATIVA:

Presença de sons adventícios (roncos) à auscultação; aumento do pico de pressão no ventilador; movimentação auditiva de secreções.

DEFINIÇÕES E SIGLAS:

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

PAV – Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica;

VM – Ventilação Mecânica;

VMN – Ventilação Mecânica Não-Invasiva.

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO:

- Equipe multidisciplinar

MATERIAL NECESSÁRIO:

- Aspirador montado com frasco redutor, coletor de secreções e extensões;
- Frasco com SF 0,9%;
- Gaze estéril;
- Ambú conectado à rede de Oxigênio;
- Par de luva estéril;
- Sondas de aspiração (diâmetro recomendado: metade da cânula traqueal);
- Máscara;
- Óculos de proteção;
- Avental de manga longa não estéril;
- Seringa 5ml.

PROCEDIMENTO:

Conforme Resolução Cofen nº 557/2017, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas, deve ser realizada da seguinte forma:

- Os pacientes graves, submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência, de internação intensiva, semi intensivas ou intermediárias, ou demais unidades da assistência, deverão ter suas vias aéreas **privativamente** aspiradas por profissional **Enfermeiro**, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem.
- Os pacientes atendidos em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência, ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, deverão ser aspirados pelo profissional Enfermeiro, exceto em situação de emergência, conforme dispõe a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e Código de Ética do Profissional de Enfermagem – CEPE.
- Os pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar,

considerados não graves, poderão ter esse procedimento realizado por Técnico de Enfermagem, desde que avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

- Os pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, poderão ter suas vias aéreas aspirada pelo Técnico de Enfermagem, desde que devidamente avaliado e prescrito pelo Enfermeiro, como parte integrante do Processo de Enfermagem.

Portanto o Enfermeiro deverá realizar avaliação do paciente e recomendar ou não aspiração de vias aéreas aos técnicos sobre as definições acima apresentadas, na ausência de prescrição de recomendação somente o enfermeiro e fisioterapeuta durante atendimento poderão realizar o procedimento.

Profissional	Descrição
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explique o procedimento ao paciente; 2. Verifique as condições ventilatórias e hemodinâmicas do paciente; 3. Coloque a máscara, óculos aevental e lave as mãos; 4. Abra a embalagem da luva e coloque a sonda de aspiração na parte interna do pacote (estéril); 5. Calçar as luvas; 6. Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la à extremidade da extensão; 7. Utilize a mão dominante para pegar a sonda e mão não dominante para segurar o látex e conectá-lo a sonda; 8. Ligar o aspirador; 9. Dobrar a FiO2 ou regular a 100%; 10. Ventilar o paciente; (ambú ou VMA); 11. Desconecte o ventilador mecânico com a mão enluvada não-estéril; 12. Com a mão enluvada estéril, introduza a sonda de aspiração na cânula traqueal, rapidamente, sem forçar a inserção deve ser o suficiente para estimular o reflexo de tosse mantendo a extensão pressionada para não aplicar sucção; 13. Retirar a sonda de 1 a 2 cm antes de aplicar sucção; 14. Solte o látex para sugar as secreções, trazendo a sonda para fora em movimentos circulares em menos de 20 segundos; 15. Conecte o ventilador mecânico ao paciente ou utilize o ambú para promover a oxigenação; 16. Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias; 17. Interromper a aspiração e ventilar o paciente em caso de arritmias ou queda da SpO2, cianose ou sangramento; 18. S/N instilar de 3 a 5 ml de SF 0,9% e repita as operações anteriores; 19. Se necessário aspire nariz e cavidade oral depois de completar a aspiração traqueal; 20. Proteja a extensão em embalagem limpa e seca; 21. Despreze a sonda de aspiração e lave a extensão do látex;

22. Retire as luvas, desligue o aspirador e lave as mãos;
23. Auscultar os pulmões e reavaliar suas condições clínicas;
24. Anotar o procedimento realizado e as características das secreções aspiradas.

SISTEMA DE ASPIRAÇÃO: Em relação ao sistema de aspiração de secreções das vias respiratórias de pacientes mecanicamente ventilados, não existe diferença na incidência de PAV quando foram comparados os sistemas de sucção aberto ou fechado. Existe uma possível vantagem do sistema fechado em relação a manutenção da pressão positiva das vias aéreas. Além disso, este tipo de sistema de aspiração pode ser útil em pacientes infectados com patógenos multirresistentes, como a *Staphylococcus aureus* ou *Mycobacterium tuberculosis*. Recomenda-se a troca do sistema fechado de aspiração se houver sujidade ou mau funcionamento.

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO SUBGLÓTICA CONTÍNUA: A presença do tubo endotraqueal em pacientes em ventilação mecânica contribui para o desenvolvimento de pneumonia. O tubo endotraqueal facilita a colonização bacteriana da árvore traqueobrônquica e predispõe aspiração da secreção contaminada pela diminuição do reflexo de tosse, acúmulo de secreção acima do balonete e a própria contaminação do tubo. A utilização da cânula oro traqueal com um sistema de aspiração de secreção subglótica contínua ou intermitente é recomendada para pacientes que irão permanecer sob ventilação mecânica acima de 48hs.

EVITAR EXTUBAÇÃO NÃO PROGRAMADA (ACIDENTAL) E REINTUBAÇÃO: A reintubação está associada com o risco de PAV devido ao aumento do risco de aspiração de patógenos da orofaringe para as vias aéreas baixas. O risco de desenvolver PAV aumenta com o tempo de VM, portanto, recomenda-se que o tubo endotraqueal seja removido assim que as condições clínicas se estabeleçam e a duração da intubação pode ser reduzida por protocolos de sedação e aceleração do desmame, utilização da ventilação não invasiva e a monitorização da frequência de extubações acidentais.

MONITORIZAR PRESSÃO DE CUFF: A manutenção da correta pressão de cuff (Pcuff) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e vazamento da secreção subglótica por entre o tubo e a traquéia. A pressão do cuff do tubo orotraqueal ou da traqueostomia deve ser o suficiente para evitar vazamento de ar e a passagem de secreção (microaspiração) que fica acima do balonete. Recomenda-se, portanto, que esta pressão permaneça entre 20 e 25cmH2.

UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA: O uso de ventilação mecânica não-invasiva – VMNI tem demonstrado redução na incidência de PAV comparado com ventilação mecânica invasiva em pacientes com falência respiratória. A VMNI tem sido uma alternativa efetiva nos pacientes com insuficiência respiratória devido a edema agudo pulmonar cardiogênico ou na doença pulmonar obstrutiva crônica, e no desmame da VM. O uso da VMNI

não está recomendado para pacientes comatosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Jornal Brasileiro de Pneumologia. II Consenso de Síntese de Ventilação Mecânica. 2007-Vol.33-supl 2S.
2. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Manual de Procedimentos Operacionais de Rotinas Básicas da Clínica Médica I (CM1). Atualizado em 2013.
3. SARMENTO, G.J.V, MODERNO, L.F.O. Tratado de Fisioterapia Hospitalar: Assistência integral ao paciente. São Paulo: Atheneu, 2012.

HISTÓRICO DE REVISÕES:

21/02/2024 - Atualizado e Revisado