



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Elaboração: Taise Costa Ribeiro Klein – Enfermeira Chefe da UTI
Juliana Gulini – Fisioterapeuta da UTI
Ivete Masykawa – Médica da CCIH

Protocolo:

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES RESPIRATÓRIAS – ENDOTRAQUEAIS SISTEMA ABERTO – TRAQUEOSTOMIAS – PORTEX E RUSH

Objetivo: é conservar a via aérea limpa e pérvia, proporcionando uma ventilação eficaz, através da remoção de secreções.

Abrangência: Unidades de Internação, UTI, Centro Cirúrgico e Emergência.

Definição: aspiração é a remoção de secreções existentes nas vias aéreas inferiores, por meio de um aspirador ligado ao sistema de vácuo.

Materiais Necessários:

- aspirador de secreções
- sondas de aspiração
- água destilada ou solução fisiológica
- gazes
- luvas (indicado o uso da luva de aspiração sobre a luva de procedimentos)
- máscara
- óculos para proteção

Indicações: sempre que o paciente apresentar retenção de eliminações nas vias aéreas e não conseguir eliminar por si só.

Executores: enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Procedimento:

1. Reunir o material e colocar próximo ao paciente
2. Lavar as mãos corretamente
3. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível
4. Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador (mantendo-a dentro do invólucro)
5. Calçar as luvas de procedimentos
6. Ligar o aspirador com a mão não dominante
7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO2 a 100 % por dois minutos)
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente

10. Calçar a luva de aspiração na mão dominante
11. Retirar a sonda do pacote com a mão dominante – com luva de aspiração
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 sonda
14. Introduzir a sonda de aspiração na traqueostomia até provocar o estímulo da tosse ou apenas a metade da sonda.
15. Abrir a sonda (não ultrapassar 5 segundos)
16. Conectar a traquéia do ventilador novamente
17. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes for necessário
18. Introduzir a sonda na cavidade nasal (pinçada) e abrir quando estiver introduzida
19. Introduzir a sonda na cavidade nasal e oral (conforme Protocolo de Aspiração de Secreções Respiratórias – Oraís e Nasais)
20. Desprezar a sonda de aspiração em lixo comum
21. Lavar o intermediário de aspiração com água estéril ou solução fisiológica
22. Retirar as luvas
23. Lavar as mãos
24. Anotar no prontuário a hora do procedimento, aspecto, quantidade de secreções e reações do paciente

Recomendações:

- Quando o frasco de aspiração estiver com dois terços de sua capacidade, ou antes do final de cada plantão, o frasco deve ser esvaziado e encaminhado para processamento conforme rotina da unidade. Um frasco limpo deve substituir o mesmo.
- Não é obrigatória a técnica asséptica, apesar de recomendada.
- Não se recomenda injetar soro ou água destilada pela traqueostomia e ambuzar. Se for necessária a retirada de “rolhas”, recomenda-se a instilação de 2 ml de solução seguida de aspiração

- Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada)
- Não manter nova sonda de aspiração conectada ao látex
- Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler
- Quando for necessário aspirar as duas cavidades – nasal e oral, faz-se primeiro a aspiração nasal e depois a aspiração da boca e faringe
- A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar (e o oxigênio) é aspirado
- A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções
- Não limpar a sonda entre as aspirações com líquidos em recipiente não estéril (copinhos, frascos)
- Intermediários devem ser trocados somente na saída do paciente ou quando o mesmo não necessitar mais do procedimento, ou ainda quando o intermediário apresentar secreções que não saem com facilidade durante a limpeza com água ou solução fisiológica.
- Intermediários de látex de pacientes colonizados (bactérias multirresistentes) devem ser trocados diariamente – risco de contaminação ambiental.
- É recomendada a aspiração de pacientes que acumulam secreções em vias aéreas superiores antes de procedimentos como banho, antes de baixar a cabeceira para realizar procedimentos, antes de introduzir alimentos via oral.
- A ausculta pulmonar é indicada antes e após a realização do procedimento.

- Os curativos das traqueostomias devem ser feitos três vezes ao dia, ou sempre que necessário, conforme “*protocolo de curativo de traqueostomias*” (ainda não elaborado).
- **Lembrar: em pacientes curarizados, ou muito sedados, ou ainda com estímulo da tosse prejudicado, introduzir apenas a metade da sonda de aspiração ou até encontrar resistência, não ultrapassando-a.**
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Fernandes A. T. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde. São Paulo.: Ed. Atheneu, 2000.

Souza, V. H. S. E Mozachi, N. O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar. 6° ed. Curitiba. 2006.

Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for Preventing Healthcare-associated Pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR. 2004;53 (RR-3): 1-36.