



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 FECHADO – TRAQUEOSTOMIAS PORTEX E RUSH***

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

**Abrangência:** 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
- sistema de aspiração fechado (conectado ao paciente)
- água destilada ou solução fisiológica (seringa de 20 ml)
- luvas 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. O sistema fechado de aspiração endotraqueal é indicado em pacientes com PEEP acima de 10 e/ou FiO<sub>2</sub> maior ou igual a 60%, quando o paciente tem precaução por aerossóis (tuberculose, varicela, sarampo, H1N1), pacientes sabidamente soropositivos para o HIV, pacientes com sangramento pulmonar ativo e/ou quando há elevada produção de secreções nas vias aéreas – para proteção do profissional.

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

#### ***Procedimento:***

1. Aspirar 20 ml de água estéril ou solução fisiológica em uma seringa
2. Comunicar ao paciente o que será feito, sempre que possível
3. Lavar as mãos corretamente
4. Calçar as luvas de procedimentos
5. Conectar a ponta do sistema de aspiração fechado ao aspirador
6. Ligar o aspirador

7. Atentar para o traçado ao monitor cardíaco e a saturação do paciente
8. Setar no ventilador mecânico o modo de aspiração (FIO<sub>2</sub> a 100 % por dois minutos)
9. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente
10. Girar a trava de segurança do sistema de aspiração fechado
11. Introduzir a sonda da aspiração na traqueostomia até a metade ou até estimular a tosse do paciente com o clampe fechado
12. Apertar o clampe de aspiração, retirando a sonda lentamente (não ultrapassar 5 segundos)
13. Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes for necessário
14. Adaptar a seringa de 20 ml (com água ou solução fisiológica)
15. Lavar a sonda aspirando concomitantemente
16. Desconectar a seringa (manter protegida a seringa com invólucro estéril)
17. Travar novamente a válvula de segurança do sistema de aspiração fechado
18. Desconectar o vácuo do sistema de aspiração fechado
19. Colocar a tampa protetora do sistema de aspiração fechado
20. Lavar o intermediário de aspiração
21. Retirar as luvas e desprezá-las em lixo comum
22. Lavar as mãos
23. 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.
- 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.
- Os intermediários devem ser mantidos com a ponta distal protegida com plástico (pode ser a embalagem da sonda de aspiração utilizada)
- Não manter conectado o intermediário de aspiração ao sistema de aspiração fechado
- Para realizar a aspiração, recomenda-se que o paciente esteja em posição semi-fowler
- A aspiração deve ser breve, pois pode acentuar a insuficiência respiratória uma vez que, junto com secreções, o ar é aspirado
- A frequência das aspirações é determinada pelo acúmulo de secreções
- Não há tempo estabelecido para a troca do sistema fechado, substituir se mal funcionante
- Não desconectar o sistema em pacientes com PEEP elevado.
- 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.