	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL	POT Nº:
	FISIOTERAPIA	Edição: 07/2007 Versão: 2 Data Versão: 07/2013 Página: 5

1- OBJETIVO

Padronizar o procedimento de aspiração endotraqueal – tubo endotraqueal (TET) e ou traqueotomia.

2- ABRANGÊNCIA

Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI), Unidade de Cuidados Especiais (UCE) Emergência e Unidades de Internação.

3- RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE


Fisioterapeutas.

4- MATERIAL

- Sistema de aspiração funcionante (fonte / frasco coletor);
- Extensor;
- Cateter de aspiração estéril e descartável (número 12);
- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Máscara e avental (se necessário);
- Frasco plástico com água (limpeza do material);
- Balão de ressuscitação conectado ao oxigênio (se necessário);
- 1 flaconete de solução fisiológica (SF) estéril à 0,9% de 10 ml (se necessário);
- Estetoscópio.

5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/AÇÃO


- Avaliar a necessidade de aspiração de vias aéreas;
- Higienizar as mãos (vestir avental e calçar luvas);
- Colocar óculos de proteção;
- Reunir o material;
- Levar o material até o paciente e posicioná-lo com cabeceira elevada, se não houver contra-indicação;
- Orientar paciente ou familiar sobre o procedimento;

	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL	POT Nº:
	FISIOTERAPIA	Edição: 07/2007 Versão: 2 Data Versão: 07/2013 Página: 5

- Adaptar o cateter de aspiração ao extensor, mantendo-o dentro do invólucro, e este ao frasco de aspiração;
- Abrir o vácuo;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Retirar o cateter de aspiração do invólucro e segurá-lo com a mão dominante, cuidando para não contaminar (a mão DOMINANTE tem contato somente com o cateter de aspiração; a mão NÃO DOMINANTE tem contato com os objetos e o paciente);

Se o paciente estiver em Ventilação Mecânica:


- Desconectar a ventilação com a mão NÃO DOMINANTE;
- Delicadamente, introduzir o cateter de aspiração clampeado:
 - Traqueotomia: +/- 7 cm
 - Tubo traqueal: 2 cm a menos do comprimento da cânula (indicado no comprimento da mesma);
- Se lúcido, solicitar a tosse ao paciente;
- Após introduzir o cateter e o paciente tossir, desclampar o extensor, realizar a aspiração do TET ou traqueotomia e ir gradualmente retirando o cateter;
- Não exceder o tempo de aspiração mais do que 10 a 15 segundos;
- Conectar o paciente à ventilação com a mão NÃO DOMINANTE;
- Se necessário, repetir o procedimento tantas vezes quantas forem necessárias, respeitando o tempo máximo de 15 segundos);
- Se secreção espessa, instilar SF +/- 5 ml e/ou hiperventilar o paciente com bolsa de ressuscitação conectada ao oxigênio;
- Se o cateter de aspiração estiver obstruído por secreção espessa, este deve ser trocado;

	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL	POT Nº:
	FISIOTERAPIA	Edição: 07/2007 Versão: 2 Data Versão: 07/2013 Página: 5

- Se durante o procedimento houver a necessidade de, por exemplo, trocar o cateter de aspiração, tocar no paciente ou em qualquer objeto, após, deve-se desprezar o cateter e as luvas, conectar outro cateter de aspiração ao extensor, mantendo-o dentro do invólucro, higienizar as mãos e calçar luvas limpas;
- Após o término do procedimento, o mesmo cateter pode ser utilizado para a aspiração de nasofaringe e, em seguida, orofaringe (obrigatoriamente seguindo esta ordem) conforme POT de aspiração de vias aéreas;
- Após o procedimento lavar o extensor em água potável e desprezar o cateter e as luvas no resíduo contaminado (saco branco);
- Fechar o vácuo;
- Monitorizar sinais vitais, oximetria e padrão ventilatório durante aspiração.
- Deixar o paciente confortável.

Se o paciente estiver ventilando espontaneamente (Ayre):

- Retirar o Ayre com a mão NÃO DOMINANTE;
- Delicadamente, introduzir o cateter de aspiração clampeado:
 - Traqueotomia: +/- 7 cm
 - Tubo traqueal: 2 cm a menos do comprimento da cânula (indicado no comprimento da mesma);
- Se lúcido, solicitar a tosse ao paciente;
- Após introduzir o cateter e o paciente tossir, desclampar o extensor, realizar a aspiração do TET ou traqueotomia e ir gradualmente retirando o cateter;
- Não exceder o tempo de aspiração mais do que 10 a 15 segundos;
- Conectar o paciente ao Ayre com a mão NÃO DOMINANTE;
- Se necessário, repetir o procedimento tantas vezes quantas forem necessárias, respeitando o tempo máximo de 15 segundos);
- Se secreção espessa, instilar SF +/- 5 ml e/ou hiperventilar o paciente com bolsa de ressuscitação conectada ao oxigênio;

	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL	POT Nº:
	FISIOTERAPIA	Edição: 07/2007 Versão: 2 Data Versão: 07/2013 Página: 5

- Se o cateter de aspiração estiver obstruído por secreção espessa, este deve ser trocado;
- Se durante o procedimento houver a necessidade de, por exemplo, trocar o cateter de aspiração, tocar no paciente ou em qualquer objeto, após, deve-se desprezar o cateter e as luvas, conectar outro cateter de aspiração ao extensor, mantendo-o dentro do invólucro, higienizar as mãos e calçar luvas limpas;
- Após o término do procedimento, o mesmo cateter pode ser utilizado para a aspiração de nasofaringe e, em seguida, orofaringe (obrigatoriamente seguindo esta ordem) conforme POT de aspiração de vias aéreas;
- Após o procedimento lavar o extensor em água potável e desprezar o cateter e as luvas no resíduo contaminado (saco branco);
- Monitorizar sinais vitais, oximetria e padrão ventilatório durante aspiração.
- Deixar o paciente confortável.

6- CONTRA-INDICAÇÕES

Pacientes com PEEP > 10 cm H₂O, com instabilidade ventilatória ;

7- ORIENTAÇÃO PACIENTE / FAMILIAR ANTES E APÓS O PROCEDIMENTO


Sempre orientar o paciente / familiar quanto à necessidade e os procedimentos a serem realizados.

8- REGISTROS

Deverá ser registrado em evolução no prontuário a hora, o aspecto e volume do conteúdo da aspiração pelo fisioterapeuta.

9- PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

- Correto funcionamento do sistema de aspiração;
- A correta medida da sonda a ser introduzida no TET ou traqueotomia;
- Excesso de tempo de aspiração pode ocasionar:
 - Hipoxemia;
 - Atelectasia;
 - Trauma / hemorragia de via aérea;

	ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL	POT Nº:
	FISIOTERAPIA	Edição: 07/2007 Versão: 2 Data Versão: 07/2013 Página: 5

- Contaminação;
- Arritmias cardíacas;
- Tosse e broncoespasmo;
- Espasmo / vômitos;
- Parada cárdio-respiratória.

10- AÇÕES DE CONTRAMEDIDA

- Sempre checar se o sistema de aspiração está funcionando;
- Não exceder o tempo de aspiração mais do que 10 a 15 segundos;
- Instalar aspiração fechada em pacientes com a PEEP maior ou igual a 10 cmH₂O ou com instabilidade ventilatória (hipoxemia grave).

11- REFERÊNCIAS

SWEARING, P. L.; HOWARD, C. A. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. Porto Alegre, Ed. Artmed, 2001.

FARIAS, G. M. et al. ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL: ESTUDO EM PACIENTES DE UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL DA REGIAO METROPOLITANA DE NATAL - RN. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 01, p. 63 - 69, 2006.

SCANLAN, Craig, WILKINS, Robert. Fundamentos de Terapia Respiratória de Egan. São Paulo, Ed. Manole, 2000.

ANEXOS

Não se aplica.

Aprovações		
Supervisão	Gerência	Comitê de Processos
Editado por: Fabrícia Hoff		
Revisado por: Fabrícia Hoff		Data da Revisão: 07/2013