	Aspiração Endotraqueal	POT Nº:
	Fisioterapia	Edição: 07/2007 Versão: 07/2007 Data Versão: 07/2012 Página: 01/04

1- OBJETIVO

Padronizar o procedimento de aspiração endotraqueal – tubo traqueal e ou traqueostomia.

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

- Luvas de procedimento e óculos de proteção;
- Sonda de aspiração estéril ou descartável (números 10 ;12;14;16) de acordo com o diâmetro do tubo ;
- Sistema de aspiração;
- Frasco de aspiração;
- Extensor;
- Copo com água potável;
- Balão de ressuscitação conectado ao oxigênio;
- 1 flaconete de SF 0,9% de 10 ml;
- Estetoscópio.

5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/AÇÃO

- Avaliar a necessidade de aspiração de via aérea artificial;
- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material até o paciente e posicioná-lo em posição Fowler, se não houver contra-indicação;
- Orientar paciente sobre o procedimento;
- Adaptar o cateter de aspiração ao extensor, mantendo-o dentro do invólucro, e este ao frasco de aspiração;

	Aspiração Endotraqueal	POT Nº:
	Fisioterapia	Edição: 07/2007 Versão: 07/2007 Data Versão: 07/2012 Página: 01/04


- Colocar os óculos e calçar as luvas;
- Segurar o cateter estéril com a mão dominante, cuidando para não contaminar;

Se o paciente estiver em Ventilação Mecânica:

- Desconectar a ventilação;
- Se secreção espessa, instilar com Sol. Fisiológica +/- 5 ml e/ou hiperventilar o paciente com o ambú conectado ao oxigênio;
- Introduzir o cateter de aspiração clampeado:
 - Traqueostomia: +/- 7 cm
 - Tubo traqueal: 2 cm a menos do comprimento da cânula (indicado no comprimento da mesma);
- Desclampear a sonda;
- Aspirar o conteúdo do TET ou traqueostomia ();
- Repetir o procedimento se necessário;
- Conectar o paciente à ventilação;
- Após o término do procedimento, o mesmo cateter pode ser utilizado para a aspiração de nasofaringe e, em seguida, orofaringe (obrigatoriamente seguindo esta ordem);
- Lavar o extensor em água potável e desprezar a sonda no lixo branco;

Se o paciente estiver ventilando espontaneamente (Ayre):

- Se secreção espessa, instilar com Sol. Fisiológica +/- 5 ml e/ou hiperventilar o paciente com o ambú conectado ao oxigênio;
- Introduzir o cateter clampeado:
 - Traqueostomia: +/- 7 cm
 - Tubo traqueal: 2 cm a menos do comprimento da cânula (indicado no comprimento da mesma);
- Desclampear a sonda;
- Aspirar o conteúdo do TET ou traqueostomia;
- Repetir o procedimento se necessário;

	Aspiração Endotraqueal	POT Nº:
	Fisioterapia	Edição: 07/2007 Versão: 07/2007 Data Versão: 07/2012 Página: 01/04

- Após o término do procedimento, a mesma sonda pode ser utilizada para a aspiração de nasofaringe e, em seguida, orofaringe (obrigatoriamente seguindo esta ordem);
- Lavar o extensor em água potável e desprezar a sonda no lixo contaminado;
- Monitorizar a oximetria e padrão ventilatório pós-aspiração.

6- CONTRA-INDICAÇÕES

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

7- ORIENTAÇÃO PACIENTE / FAMILIAR ANTES E APÓS O PROCEDIMENTO

Sempre comunicar o paciente / familiar quanto ao procedimento a ser realizado, bem como a sua necessidade.

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 TOT ou traqueostomia;
- Excesso tempo de aspiração pode ocasionar:
 - Hipoxemia;
 - Atelectasia;
 - Trauma / hemorragia de via aérea;
 - 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;

	Aspiração Endotraqueal	POT Nº:
	Fisioterapia	Edição: 07/2007 Versão: 07/2007 Data Versão: 07/2012 Página: 01/04

- 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: 23/07/2012