

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS PARA **POP ENFERMAGEM 027**
PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA **Número de páginas: 03**

CONCEITO		
É o método utilizado para remover secreções endotraqueais, através de sucção, desobstruindo a entrada de ar.		
OBJETIVO		
Manter as vias aéreas pérvias, diminuir o esforço respiratório garantindo a oxigenação adequada e normalizar os gráficos de fluxo e pressão.		
MATERIAIS NECESSÁRIOS		
- Sonda de aspiração traqueal estéril; - Compressa gaze estéril; - Pares de luvas estéreis; - Pares de luvas procedimento; - Solução fisiológica; - Aspirador portátil ou rede de vácuo; - Frasco de aspiração; - Máscara cirúrgica; - Óculos de proteção.		
ETAPAS DO PROCEDIMENTO		
AÇÃO	RESPONSÁVEIS	DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO
Remoção de secreção endotraqueal através da aspiração de vias aéreas.	Enfermeiros/ Fisioterapeutas	- Lavar as mãos; - Verificar se todos os materiais necessários estão à beira leito; - Utilizar EPI's; Remoção da - Calçar as luvas de procedimento; secreção - Posicionar o paciente com cabeceira elevada à endotraqueal Enfermeiros/ - Explicar o procedimento ao paciente; aspiração das vias - Abrir a e ã testar o funcionamento do sistema de aéreas - Abrir o pacote da sonda de aspiração e conectá-la ao intermediário do aspirador mantendo-a dentro do invólucro; - Instituir no ventilador mecânico a FIO2 à 100 % ou modo aspiração (se disponível) com o objetivo "Esta Unidade é pública, integrante

Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	
Nome: Isabella Montovani COREN/SP: 618165-SP Função: RT de Enfermagem	Nome: Fagner da Rocha Sobrinho Função: Diretor da Pasta de Urgência e Emergência	Nome: Daniel Freitas Função: Secretário de Saúde	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

		do Sistema Único de elevar o conteúdo arterial de O₂ antes do procedimento; 10. Desligar o alarme do ventilador mecânico, temporariamente; 11. Calçar as luvas limpas ou estéreis na mão dominante por cima da luva de procedimento; 12. Retirar a sonda do pacote com a mão dominante; 13. Desconectar a traqueia do respirador com a mão não dominante (deixar a extremidade distal suspensa sem contato com o paciente ou roupas de cama do mesmo); 14. Pinçar o intermediário do vácuo ou a sonda de aspiração; 15. Introduzir a sonda de aspiração no tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia, quando perceber uma resistência (carina) elevá-la 1 ou 2 cm e então liberar o vácuo de aspiração, realizar movimentos lentos e retirar a sonda. 16. Não ultrapassar 10 segundos devido ao risco de hipoxemia; 17. Conectar a traqueia do ventilador novamente, repetir o procedimento, quantas vezes forem necessárias; 18. Aspirar as vias aéreas superiores, primeiro introduzir a sonda pinçada na cavidade nasal, liberar o vácuo e aspirar; na sequência introduzir a sonda pinçada na cavidade oral, liberar o vácuo e aspirar; 19. Enrolar a sonda de aspiração na mão e retirar a luva de modo que a sonda fica dentro da luva; 20. Desprezá-las no lixo infectante; 21. Lavar o intermediário de aspiração com um frasco de 10 ou 20 ml de água estéril; 22. Desligar sistema de vácuo e protege sua ponta; 23. Retirar as luvas; 24. Lavar as mãos; 25. Evoluir em prontuário aspecto e quantidade de secreções.
--	--	---

Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	
Nome: Isabella Montovani COREN/SP: 618165-SP Função: RT de Enfermagem	Nome: Fagner da Rocha Sobrinho Função: Diretor da Pasta de Urgência e Emergência	Nome: Daniel Freitas Função: Secretário de Saúde	

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

OBSERVAÇÕES

Nota 1: Cuidados especiais:

Esse procedimento é um componente da terapia de remoção de secreção e envolve a aspiração de secreções pulmonares em pacientes com via aérea artificial (tubo orotraqueal, nasotraqueal ou traqueostomia) mediante a utilização de uma sonda conectada a um gerador de pressão negativa. Por ser um procedimento de alto risco para o doente, a aspiração não deve ser realizada como um procedimento de rotina. Deverá ser executada somente quando clinicamente indicada, como nas situações a seguir:

- Presença visível de secreções na luz do tubo;
- Sons respiratórios audíveis ou alterações na ausculta pulmonar;
- Mudanças radiológicas consistentes com a retenção de secreções;
- Obtenção de amostras de secreções pulmonares;
- Aumento aparente do trabalho respiratório;
- Deterioração dos gases arteriais sugerindo hipoxemia ou hipercapnia ou queda na SpO₂;
- Aumento da pressão de pico inspiratório durante a ventilação artificial com volume controlado ou redução do volume corrente durante a ventilação artificial com pressão controlada;
- Alterações gráficas de fluxo e pressão;

Nota 2: Na preparação do paciente e na escolha do material, é importante avaliar o tamanho da sonda, escolher entre o sistema de aspiração fechado (SAF) ou o sistema de aspiração aberto (SAA), bem como avaliar o procedimento de hiperoxigenação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

JERRE, G. et al. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. J. bras. pneumol., São Paulo, v.33, supl.2, p.142-150, 2007. LOPES, F.M.; LÓPEZ, M.F, Impacto do sistema de aspiração traqueal aberto e fechado na incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão de literatura. Rev Bras Ter Intensiva. v. 21, n. 1, p. 80-88, 2009. PAGOTTO, I.M. et al. Comparação entre os sistemas aberto e fechado de aspiração. Revisão sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. v. 20, n. 4, p. 331-338, 2008. SILVA, Paulo Eugênio; OLIVEIRA, Francisco Tiago. Aspiração da via aérea artificial: circuito aberto ou fechado –quais são as evidências? PROFISIO Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto, v. 3, n.1, p.39-62,2012.

HISTÓRICO DE REVISÃO

Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	
Nome: Isabella Montovani COREN/SP: 618165-SP Função: RT de Enfermagem	Nome: Fagner da Rocha Sobrinho Função: Diretor da Pasta de Urgência e Emergência	Nome: Daniel Freitas Função: Secretário de Saúde	