

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 31
		Edição: 02
Área: SV FISIOTERAPIA		Página: 1/4
Assunto: Técnica para Remoção Secreção Brônquica: Aspiração Endotraqueal com Sistema Aberto		Vigência: 21/05/2018

ÍNDICE

1. OBJETIVO
2. ABRANGÊNCIA
3. RESPONSABILIDADES
4. DEFINIÇÕES
5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

<i>Edição</i>	<i>Alteração</i>
01	Emissão inicial do documento em 21/05/2018.
02	Revisão 21/05/2018

Elaborado por: Amanda Braga de Louredo Rabelo Fisioterapeuta	21/05/2018	Aprovado por: Dra. Maria Ignez Zanetti Feltrim Diretora Técnica	21/05/2018
Revisado por: Dra. Emília Nozawa Fisioterapeuta Chefe			

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 31
		Edição: 02
Área: SV FISIOTERAPIA		Página: 2/4
Assunto: Técnica para Remoção Secreção Brônquica: Aspiração Endotraqueal com Sistema Aberto		Vigência: 21/05/2018

1. OBJETIVO

- 1.1 Capacitar o profissional fisioterapeuta na aspiração endotraqueal.

2. ABRANGÊNCIA

- 2.1 Orientar o profissional quanto à avaliação da necessidade de aspiração endotraqueal previamente à extubação.

3. RESPONSABILIDADES

- 3.1 Obter informações prévias e do período da internação em prontuário;
- 3.2 Avaliar a necessidade de aspiração endotraqueal;
- 3.3 Preceder a extubação com prévia ciência e autorização médica, quando o paciente apresentar adequado nível de consciência, vigência de parâmetros ventilatórios mínimos e ausência de complicações.

4. DEFINIÇÕES

- 4.1 Aspiração traqueal consiste na aspiração mecânica de secreções pulmonares no paciente com via aérea artificial e impossibilitado de realizar a higiene brônquica de forma voluntária.

5. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

5.1 INFORMAÇÕES PRÉVIAS EM PRONTUÁRIO E DO INTRA-OPERATÓRIO

Obter as seguintes informações prévias em prontuário: idade, peso, altura e comorbidades, principalmente pneumopatias, cirurgias cardíaca e torácica prévias, presença de hipertensão pulmonar e/ou outras disfunções orgânicas; cirurgia realizada. Atentar para presença de alterações pulmonares por hipersecreção bronquica.

5.2 AVALIAR A NECESSIDADE DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

Indicações para a realização da aspiração traqueal:

- a) Ausculta pulmonar com roncosp;
- b) Secreção visível na cânula orotraqueal;
- c) Risco de vômito e broncoaspiração;

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 31
		Edição: 02
Área: SV FISIOTERAPIA		Página: 3/4
Assunto: Técnica para Remoção Secreção Brônquica: Aspiração Endotraqueal com Sistema Aberto		Vigência: 21/05/2018

- d) Doença pulmonar prévia com hipersecreção;
- e) Padrão serrilhado na curva de fluxo expiratório do ventilador;
- f) Aumento da pressão inspiratória de pico e diminuição do volume corrente.

Na ausência destes sinais, considerar não realizar a aspiração por 12 horas.

5.3 **PRECEDER A EXTUBAÇÃO COM PRÉVIA CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO MÉDICA**

5.3.1 **Extubação sem Aspiração Endotraqueal prévia**

- a) Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentada;
- b) Desinsuflar o balonete e solicitar inspiração máxima ao paciente, via oral;
- c) Retirar o tubo endotraqueal da traquéia e solicitar ao paciente que realize a tosse;
- d) Logo após extubação, instalar o cateter nasal de oxigênio com fluxo para manter uma SpO₂ maior ou igual a 95%.

5.3.2 **Extubação com Aspiração Endotraqueal prévia**

Quando indicada a aspiração endotraqueal previamente à extubação, realizar os seguintes procedimentos:

- a) Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentada;
- b) No ventilador, manter o modo ventilatório inicial e os parâmetros ajustados para o desmame;
- c) Elevar a Fração Inspirada de oxigênio (FiO₂) para 1,0 um minuto antes do procedimento de aspiração ou realizar a hiperventilação manual com Ambú®, conectado ao umidificador, com fluxo de oxigênio de 10l/min, para uma saturação periférica de oxigênio (SpO₂) de ≥95%;
- d) Desconectar a cânula orotraqueal do ventilador;
- e) Instilar, quando necessário, solução fisiológica a 0,9% (NaCl 0,9%) na cânula traqueal;
- f) Executar a técnica de aspiração traqueal, com sonda de aspiração, número 12, com válvula para controle da sucção por, no máximo, 15 segundos. Inserir a sonda com a sucção desativada até apresentar resistência, nesse momento ativar a sucção e retirá-la com movimentos rotatórios. Em seguida, reconectar a cânula ao ventilador e aguardar o retorno da SpO₂ aos valores basais. O procedimento poder ser repetido quantas vezes for necessário;

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 31
		Edição: 02
Área: SV FISIOTERAPIA		Página: 4/4
Assunto: Técnica para Remoção Secreção Brônquica: Aspiração Endotraqueal com Sistema Aberto		Vigência: 21/05/2018

- g) Realizar a técnica de aspiração de vias aéreas superiores com o paciente ainda conectado ao ventilador. Instilar, se necessário, NaCl 0,9% em cada narina e realizar a aspiração. Inserir a sonda com a sucção desativada até apresentar resistência; nesse momento, ativar a sucção e retirar a sonda por movimentos rotatórios. Deixar a sonda por, no máximo, 15 segundos na via aérea superior com a sucção ativada;
- h) Realizar a aspiração oral com o paciente ainda conectado ao ventilador;
- i) Desinsuflar o balonete, solicitar ao paciente inspiração profunda, via oral;
- j) Retirar o tubo endotraqueal da traqueia;
- k) Logo após a extubação, instalar o cateter nasal de oxigênio com fluxo para manter uma SpO₂ maior ou igual a 95%.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guideline: Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respir Care* 2010;55(6):758-64.
- 2 Paulissian R, Salem MR, Joseph NJ, Braverman B, Cohen HC, Crystal GJ, Heyman HJ. Hemodynamic responses to endotracheal extubation after coronary artery bypass grafting. *Anesth Analg* 1991;73(1):10-5.
- 3 Oh H, Seo W. A meta-analysis of effects of various interventions in preventing endotracheal suction-induced hypoxemia. *J Clin Nurs* 2003;12(6):912-24.
- 4 Lucchini A, Zanella A, Bellani G, Gariboldi R, Foti G, Presenti A, Fumagalli R. Tracheal Secretion Management in the Mechanically Ventilated Patient: Comparison of Standard Assessment and an Acoustic Secretion Detector. *Respir Care* 2011;56(5):596-603.