

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 35
		Edição: 01
Área: Serviço de Fisioterapia		Página: 1/4
Assunto: Técnica de Hiperinsuflação Manual no Paciente Traqueostomizado		Vigência: 18/09/2018

ÍNDICE

1. OBJETIVO
2. ABRANGÊNCIA
3. DEFINIÇÃO
4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS
5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Edição	Alteração
01	Emissão inicial do documento em 18/09/2018

Elaborado por: Leonardo Macedo Ribeiro Fisioterapeuta Revisado por: Dra. Emilia Nozawa Fisioterapeuta Chefe	18/09/2018	Aprovado por: Dra Maria Ignez Zanetti Feltrim Diretora Técnica	18/09/2018
--	------------	---	------------

1. OBJETIVO

- 1.1 Capacitar o profissional fisioterapeuta na utilização da manobra de hiperinsuflação manual em pacientes traqueostomizados.

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 35
		Edição: 01
Área: Serviço de Fisioterapia		Página: 2/4
Assunto: Técnica de Hiperinsuflação Manual no Paciente Traqueostomizado		Vigência: 18/09/2018

2. ABRANGÊNCIA

- 2.1 Pacientes traqueostomizados, internados nas unidades de terapia intensiva do Instituto do Coração do HCFMUSP (InCor).

3. DEFINIÇÃO

- 3.1.1 Hiperinsuflação Manual é uma técnica de remoção de secreção brônquica utilizada em pacientes que podem estar em ventilação mecânica invasiva por meio de cânula oroquaqueal, ou cânula de traqueostomia ou estejam traqueostomizados com nebulização contínua.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Após achados na ausculta pulmonar em que seja indicado a técnica, devemos:
 - ✓ Conectar o Ressuscitador manual com reservatório de oxigênio (AMBU®), por meio da extensão de PVC conectada ao umidificador que deve ser ligado no fluxômetro;
 - ✓ Regular o fluxômetro com fluxo mínimo de 10l/min, no mínimo por 2 minutos, para garantir a oferta de FiO₂ de 1,0;
 - ✓ Utilizar EPI's e calçar luvas de procedimento;
 - ✓ Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, desconectá-lo;
 - ✓ Caso o paciente esteja em nebulização contínua, retire a máscara de nebulização;
 - ✓ Conecte o Ressuscitador manual a cânula de traqueostomia do paciente;
 - ✓ Iniciar Hiperinsuflação manual lenta, gerando um volume maior do que o normal, mantendo comprimido ao final da inspiração, respeitando uma pausa inspiratória de 1 a 2 segundos, seguida de descompressão rápida do ressuscitador manual.



Figura 1: Ressuscitador Manual com Reservatório de Oxigênio

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 35
		Edição: 01
Área: Serviço de Fisioterapia		Página: 3/4
Assunto: Técnica de Hiperinsuflação Manual no Paciente Traqueostomizado		Vigência: 18/09/2018



Figura 2: Hiperinsuflação Manual

4.1 PONTOS DE ATENÇÃO

- Manter o paciente monitorizado no mínimo com oximetria de pulso para mensuração da saturação periférica de oxigênio.
- Durante o procedimento pode haver a perda dos sinais da monitorização, é importante entre uma manobra e a subsequente, aguardar a estabilização desses sinais, até que fiquem dentro dos limites aceitáveis da normalidade.
- A extremidade do circuito de ventilação mecânica deve ser protegida durante o procedimento, inserindo-a em embalagem limpa.
- É importante hiperventilar o paciente entre uma manobra e outra, permitindo a avaliação e recuperação dos sinais vitais.
- Atentar-se a pressão do balonete (*Cuff*), principalmente para pacientes em nebulização contínua, que estejam em processo de desmame da traqueostomia.



Figura 3: Manômetro de Pressão para balonete (*cuff*)

	FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	Número: POP 35
		Edição: 01
Área: Serviço de Fisioterapia		Página: 4/4
Assunto: Técnica de Hiperinsuflação Manual no Paciente Traqueostomizado		Vigência: 18/09/2018

5. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Dennis et al. Ventilator versus manual hyperinflation in clearing sputum in ventilated intensive care unit patients. *Anaesth Intensive Care* 2012; 40: 142-149.
- Paulus et al. Benefits and risks of manual hyperinflation in intubated and mechanically ventilated intensive care unit patients: a systematic review. *Critical Care* 2012, 16:R145.
- Paulus et al. Manual hyperinflation partly prevents reductions of functional residual capacity in cardiac surgical patients - a randomized controlled trial. *Critical Care* 2011, 15:R187