

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	CÓDIGO: POP ENF 1.17
	GERAL (TODOS OS SERVIÇOS E/OU ENFERMARIAS)	Data da Emissão: 13/07/2017
		VERSÃO: 01
ASPIRAÇÃO TRAQUEAL DE PACIENTES INTUBADOS OU TRAQUEOSTOMIZADOS		
Responsável pela elaboração do POP: Enf. Cláudia Cruz da Silva	Aprovado por: Enf. Sandra Souza de Lima Rocha (DIEN) Enf. Maria Helena de Souza Praça Amaral (Educação Continuada de Enfermagem)	
Responsável pela REVISÃO do POP: Enf. Katerine Gonçalves Moraes Enf. Maria Helena de Souza Praça Amaral Enf. Stella Maris Gomes Renault		
1. DEFINIÇÃO		
É a retirada passiva de secreções endotraqueais, via cânula orotraqueal (TOT) ou cânula de traqueostomia (TQT), por meio de cateter acoplado a um sistema de sucção (aspirador elétrico ou rede de vácuo).		
2. OBJETIVOS		
Manter as vias aéreas inferiores permeáveis e livres do acúmulo de secreção.		
3. INDICAÇÃO		
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de secreção visível pela cânula; • Presença de sons adventícios à ausculta (roncos, estertores, crepitações); • Diminuição dos sons pulmonares; • Alterações na curva de fluxo do respirador; • Queda da saturação de oxigênio (SapO₂); • Movimentação audível de secreções. 		
4. PESSOAS E PROFISSIONAIS QUE IRÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO		
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe de Enfermagem. 		
5. MATERIAL A SER UTILIZADO		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aspirador elétrico ou rede de vácuo; 2. Vacuômetro (em caso de rede de vácuo); 3. Sonda de aspiração, que pode ser em sistema aberto (utiliza-se uma nova sonda a cada procedimento) ou sistema fechado (a mesma sonda, protegida por uma bainha plástica, é utilizada várias vezes, tipo trach care^R); 4. EPI (óculo de proteção, máscara cirúrgica ou tipo PFF2, caso paciente esteja em isolamento respiratório, capote, luvas); 5. Par de luvas estéreis; 6. Sistema coletor de aspiração fechado (tipo nasodren^R); 7. Água destilada fr/amp. 10ml; 8. Água destilada frasco 500ml; 9. Ressuscitador manual (ambú^R). 		
6. DESCRIVER DETALHADAMENTE AS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar higienização das mãos; 2. Realizar ausculta pulmonar, para verificar a presença de ruídos adventícios; 3. Separar o material a ser utilizado; 4. Verificar o funcionamento da rede de vácuo (ajuste da pressão entre 80mmHg e 120mmHg) ou aspirador elétrico; 		

5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Vestir o EPI;
7. Abrir a embalagem da sonda de aspiração, de modo a expor apenas a parte que será conectada ao circuito de aspiração;
8. Calçar luva estéril (apenas a mão dominante DEVERÁ permanecer estéril);
9. Retirar o invólucro com a mão não dominante e segurar a sonda com a mão dominante;
10. Ligar/abrir a fonte de sucção, com a mão **não dominante**;
11. Desconectar o respirador ou a nebulização com a mão **não dominante**;
12. Estimular reflexo de tosse, caso o paciente consiga;
13. Introduzir a sonda na cânula, com a mão **dominante** (estéril), sem sucção (pinçar o circuito de aspiração com a mão não dominante);
14. Proceder a retirada da sonda por movimentos circulares e suaves;
15. Repetir o procedimento quantas vezes necessário, sempre intercalando com a respiração do paciente;
16. Manter atenção aos sinais vitais e possíveis intercorrências, como por exemplo: sangramentos, queda da SapO₂;
17. Desconectar a sonda da fonte de sucção;
18. Lavar o circuito de aspiração com água destilada (fr 500ml);
19. Desligar/fechar a fonte de sucção com a mão não dominante (menos contaminada);
20. Proteger a extremidade do circuito de sucção, com dispositivo próprio;
21. Realizar nova ausculta pulmonar, para avaliara a eficácia do procedimento;
22. Retirar EPI;
23. Realizar higienização das mãos (pós-procedimento);
24. Registrar o procedimento, bem como a avaliação da secreção removida (quantidade, coloração, consistência e odor).

7. ATENÇÃO A PONTOS IMPORTANTES E POSSÍVEIS RISCOS

- Não é necessário interromper a infusão da dieta gástrica/enteral para realizar a aspiração das vias aéreas superiores;
- Verificar o calibre adequado do cateter de aspiração, pode se utilizar a seguinte fórmula para dimensionar o calibre: **N° Sonda = (n° TOT – 2) x 2**;
- Na ausência do frasco coletor de secreção de vias aéreas descartável o frasco de vidro de aspiração deve ser esvaziado sempre que atingir cerca de dois terços de sua capacidade, substituindo-o por um outro frasco. Atentar para o uso do equipamento de proteção (luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental não estéril) a fim de evitar contaminação do profissional;
- Atenção especial para a pressão adequada do vacuômetro/válvula redutora de pressão entre 80 e 120 mmHg;
- Atentar para possíveis sinais de sangramento;
- Em caso de resistência ao introduzir o cateter, não insistir e trocar de narina.

8. RESULTADOS ESPERADOS

- Vias aéreas superiores livres e permeáveis;
- Menor risco de broncoaspiração;
- Uma oxigenação adequada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MORTON, Portaria G; FONTAINE, Dorrie K; GALLO Bárbara M. Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SMELTZER, S,C.: BARE,B.G. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 13 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

NETTINA, S. M. Manual de prática de enfermagem. 10 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.