

ASPIRAÇÃO DE CÂNULA OROTRAQUEAL E CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

Definição: Consiste na remoção das secreções das vias aéreas inferiores, com técnica asséptica, por meio de uma sonda através de um sistema de sucção.

Indicação:

- Remover as secreções das vias aéreas.
- Manter permeabilidade das vias aéreas.
- Facilitar desobstrução da cânula orotraqueal ou traqueostomia.
- Garantir a ventilação e oxigenação adequada.
- Prevenir complicações no quadro geral do paciente, provocados pelo acúmulo de secreções nos pulmões.
- Aumentar a eficiência respiratória.
- Quando há ausculta de sons pulmonares adventícios (roncos e estertores) ou aumento do pico da pressão inspiratória no ventilador mecânico.
- Quando a movimentação de secreções é audível ou visível durante a respiração.
- Quando há diminuição no volume corrente durante a ventilação com pressão ou a deterioração da oxigenação demonstrada pela queda na saturação de O₂ (hipóxia).

Contraindicações:

- Nas primeiras 6h após administração do surfactante.
- Broncoespasmos.
- Pacientes com tendências a sangramentos.
- Hipertensão pulmonar grave e descompensada.
- Risco do paciente em apresentar reações adversas ao procedimento ou piora da condição clínica.

Etapas do Procedimento:

1. Higienizar as mãos.
2. Avaliar o estado geral do paciente: realizar exame físico do sistema respiratório e verificar SSVV.
3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente.
4. Verificar condições do frasco coletor de secreção. Se estiver com mais de 2/3 de sua capacidade, deve ser trocado.
5. Reunir o material.
6. Colocar biombo, fechar porta e/ou cortinas e colocar EPIs: máscara cirúrgica simples, óculos, gorro e avental de manga longa.
7. Comunicar o início do procedimento ao paciente.

8. Instalar oxímetro de pulso e verificar a satO₂.
9. Hiperoxigenar o paciente por alguns minutos com FiO₂ a 100%.
10. Posicionar o paciente em posição semi-Fowler (se não houver contra-indicação).
11. Colocar papel toalha próximo a cabeceira do leito para apoiar o circuito do respirador.
12. Abrir e testar fonte de aspiração (vácuo).
13. Abrir o pacote da luva estéril, mantendo a esterilidade do material.
14. Abrir a sonda de aspiração e colocar no campo da luva estéril, mantendo a esterilidade do material.
15. Abrir o pacote de gaze estéril e colocar no campo da luva estéril, mantendo a esterilidade do material.
16. Realizar desinfecção da ampola de SF_{0,9%} com algodão embebido em álcool 70% e abrir a ampola com algodão seco.
17. Calçar luvas estéreis sem tocar nos materiais que estão no mesmo campo.
18. Dobrar 4 gazes ao meio e deixar no campo estéril.
19. Conectar a sonda na extensão do frasco de aspiração utilizando a mão dominante para segurar a sonda e a mão não dominante para segurar a extensão do frasco coletor.
Obs: Neste momento a mão não dominante deixa de ser estéril.
20. Com a mão não dominante desconectar a cânula orotraqueal ou de traqueostomia do ventilador mecânico e apoiar a extremidade do circuito do respirador no papel toalha.
21. Clampar (dobrar) o final da extensão da sonda de aspiração próximo à extensão do frasco coletor com a mão não dominante.
22. Inserir a sonda clampada na cânula orotraqueal ou de traqueostomia com movimento suave com mão dominante.
23. Introduzir a sonda até sentir resistência ou o paciente tossir, neste momento recuar (tracionar) 1 cm. Obs: Prevenir o trauma.
24. Desclampar a sonda e aspirar as secreções com movimentos suaves, rotatórios e regulares e tracionar a sonda gradativamente.
25. Reconectar a extensão do ventilador mecânico na cânula orotraqueal ou de traqueostomia.
Obs: Promover ventilação do paciente.
26. Segurar a parte externa da gaze estéril com a mão não dominante e limpar a sonda com a parte interna da gaze estéril.
27. Segurar a sonda com a mão dominante e com a mão não dominante instilar SF_{0,9%} nos orifícios da sonda para limpar a parte interna.
Obs: a ampola de SF_{0,9%} não pode tocar na sonda.
28. Com o estetoscópio na mão não dominante realizar ausculta pulmonar (sons respiratórios) e avaliar o paciente.
29. Avaliar o estado das secreções (odor, cor, quantidade e a consistência).

30. Repetir a aspiração uma ou duas vezes, se a avaliação indicar que secreções não foram bem removidas. Esperar 30 segundos entre uma aspiração e outra e aguardar a SO_2 alcançar padrões de normalidade.
31. Segurar a parte externa da gaze estéril com a mão não dominante e limpar a sonda com a parte interna da gaze estéril.
32. Envolver a mão dominante com a sonda e com a outra mão, instilar SF0,9% nos orifícios da sonda para limpar a parte interna.
33. Aspirar narinas: clampar a sonda com a mão não dominante. Inserir a sonda na narina usando movimento suave com a mão dominante. Introduzir a sonda até sentir resistência. Desclampar o extensor do sistema e aspirar as secreções com movimentos suaves, rotatórios e regulares e tracionar a sonda gradativamente. Repetir o procedimento se necessário e realizar o procedimento nas duas narinas.
34. Segurar a parte externa da gaze estéril com a mão não dominante e limpar a sonda com a parte interna da gaze estéril.
35. Envolver a mão dominante com a sonda e com a outra mão, instilar SF0,9% nos orifícios da sonda para limpar a parte interna.
36. Aspirar a boca: clampar a sonda de aspiração com a mão não dominante. Inserir sonda pelas laterais da boca usando movimento suave com a mão dominante. Introduzir a sonda até sentir resistência. Desclampar o extensor do sistema e aspirar as secreções com movimentos suaves, rotatórios e regulares e tracionar a sonda gradativamente. Repetir o procedimento se necessário
37. Desconectar a sonda da extensão e desprezá-la.
38. Lavar a extensão do frasco de aspiração com SF0,9% (restante na ampola) ou água potável.
39. Fechar o vácuo com a mão não dominante.
40. Reunir material.
41. Retirar luvas e outros EPIs.
42. Posicionar o paciente confortavelmente e avaliá-lo.
43. Descartar o material em local apropriado, utilizando as luvas de procedimento se for necessário.
44. Higienizar as mãos.
45. Proceder à anotação (data, hora, avaliação do paciente antes do procedimento, procedimento realizado, quantidade e características das secreções, avaliação do paciente após o procedimento e eventuais complicações).

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

- A aspiração não deve ser realizada com duração superior a 10 a 15 segundos. Obs: Prevenir hipóxia.

- Não é indicado a instilação de solução salina antes da aspiração para fluidificar as secreções, porque pode deslocar as bactérias para as vias respiratórias inferiores, favorecendo infecções pulmonares.
- Antes e durante o procedimento de aspiração, deve-se aumentar a FiO₂ do ventilador mecânico para 100% para hiperoxigenar ou para o dobro do valor inicial por cerca de três minutos conforme prescrição médica, e após o término do procedimento retornar ao valor inicial gradativamente.
- Realizar a ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliar os ruídos adventícios.
- Manter a bolsa ventilatória manual (Ambú) com bolsa reservatória de oxigênio, conectada ao sistema de oxigênio umidificado (12 a 15 litros/min em adultos) e, utilizá-la caso o cliente apresente desconforto respiratório e permanência da hipóxia entre as aspirações, mesmo após a conexão da cânula ao ventilador.
- Monitorar os sinais vitais e a saturação de O₂ antes, durante e após o procedimento.

REFERÊNCIAS

BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019. 482 p.

BARROS, A.L.B.L e cols. **Anamnese e exame físico**. Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2021.

SMELTZER, S.C.; HINKLER, J.L.; BARE, B.G.; CHEERE, K.H. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Editora Guanabara Koogan, v. 2. 2012. 2404p.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Editora Artmed: Porto Alegre, 2007.