

# ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES\*

**D**estinando-se a remover as secreções das vias aéreas superiores, e também ao nível da traqueia e brônquios, utiliza-se nos casos em que o doente não consegue removê-las sozinho por tosse ou através da deglutição.



Introduzindo a sonda no ponto máximo de inspiração

A aspiração de secreções é uma técnica a utilizar como solução de recurso, pelo que só se deve utilizar depois de outras técnicas menos agressivas, pois a aspiração provoca desconforto, dor, e pode mesmo causar lesões nas mucosas. Desta forma não deverá ser nunca vista como uma atitude ou cuidado isolado, uma vez que a sua utilização não é inócua para o doente, podendo ser pouco eficaz ou mesmo ineficaz nos casos de espessamento das secreções, ou nos casos de aspiração de conteúdos sólidos das vias aéreas. Deverá assim, ser complementada com uma correcta humidificação das secreções através de uma adequada hidratação, nebulização, ou mesmo com terapêutica se necessário. Se existem conteúdos sólidos deverá ser complementada com manobras e posicionamentos, podendo a aspiração só por si ser prejudicial.

As técnicas menos agressivas referidas podem e devem ser, o estímulo da tosse, e as drenagens posturais, considerando-se estas últimas não somente as clássicas drenagens posturais, mas também as

que se obtêm por alternância frequente de decúbitos por mais simples que sejam, sendo este o melhor cuidado na prevenção da acumulação de secreções e por consequência na prevenção de infecções pulmonares.

Através da aspiração é possível reti-

rar as secreções do nariz, boca, orofaringe (vias aéreas superiores), mas também da traqueia e eventualmente brônquios (vias aéreas inferiores, sendo ainda possível aspirar ao nível dos bronquíolos através de broncoscopia de aspiração.

Porque se trata de uma técnica invasiva apresenta alguns riscos que são:

- Traumatismos dos tecidos;
- Hipoxémia por sucção de ar conjuntamente com secreções, e porque se removeu a administração de oxigénio, se estiver em curso;
- Broncoespasmo por irritação das vias aéreas;
- Alterações cardíacas-arritmia por estimulação vagal.

A decisão de procedermos a uma aspiração terá de basear-se em dados objectivos que nos indiquem que os normais mecanismos de limpeza das vias aéreas estão ineficazes, ou não conseguem responder total ou ocasionalmente às necessidades. A aspiração será feita quando:

— A avaliação da situação respiratória (sons pul-

\* Da responsabilidade de Fernando Henriques.

monares, exame da respiração, análises sanguíneas, etc) nos indique que existem secreções acumuladas e que o doente não consegue expelir — a existência de agravamento do estado do doente, a existência de adejo nasal, cianose, ou a existência de roncos e sibilos podem ser sinais importantes para a tomada de decisão;

- Outras técnicas não resultaram;
- Tosse abolida (por exemplo em fracturas da coluna cervical);
- Doentes entubados ou traqueostomizados em que os mecanismos de limpeza normais estão comprometidos iatrogenicamente. Neste caso é de particular atenção a humidificação por nebulizador, uma vez que também o sistema de humidificação fisiológico está abolido.

## TÉCNICA

### Medidas Gerais

- Explicar ao doente o procedimento e a necessidade de actuação;
- Manter a privacidade;
- Usar a técnica asséptica médica;

### Medidas Específicas

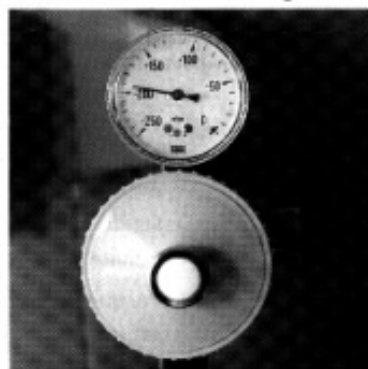
- Posicionamento adequado — A posição de decubito dorsal é a mais facilitadora mas podem-se



Aspiração por traqueostomia

utilizar os decubitos laterais. Quando se pretende aspirar a traqueia e brônquios pela via nasal será aconselhável manter o doente com hiperextensão do pescoço para facilitar o acesso da sonda de aspiração;

- Verificação do equipamento — O aspirador deverá estar funcionando, o restante material preparado, o equipamento de oxigenoterapia funcional pois pode ser necessário. Em função do local que nos propomos aspirar assim a pressão negativa a utilizar (na traqueia e brônquios não se deverá ultrapassar os 150 mm Hg — 200 milibares, podendo ultrapassar-se um pouco este valor ao nível da orofaringe);



Pressão negativa máxima

- Calçar luva esterilizada na mão dominante;
- Retirar a sonda do envólucro com a mão que tem luva;
- Ajustar à tubuladura da aspiração;
- Ligar o aspirador com a mão que não tem luva;
- Pedir ao doente que faça várias inspirações máximas;
- A sonda deverá ser introduzida no ponto máximo de inspiração, sem sucção até à profundidade desejada, pelo nariz, pela boca,

ou pelo tubo oro/naso-traqueal ou traqueostomia;

- Iniciar a aspiração tapando o chunt (tubo em Y);
- Ir retirando a sonda ligeiramente durante 10 a 20 segundos (pode-se interromper a aspiração periodicamente durante o processo de retirada da sonda) imprimindo-lhe alguns movimentos circulares;



Tapar o shunt e ir retirando a sonda

- Se fôr necessário nova aspiração, deve-se esperar pelo menos 1 minuto administrando-se oxigénio neste intervá-lo caso se justifique;
- Por cada sessão de aspiração usa-se uma sonda e uma luva esterilizada;
- Se a aspiração foi feita através de traqueostomia ou tubo oro-traqueal, só no final se aspira a boca e o nariz;
- Desligar a aspiração;
- Inutilizar a luva, sonda, e outro material utilizado;
- Deixar o doente correctamente posicionado;
- Vigiar continuamente sinais de insuficiência respiratória nos minutos seguintes;
- Registrar hora, motivo da aspiração, a forma como decorreu a execução técnica, o tipo de secreções, e as reacções observadas.

SV