

TRAQUEOSTOMIA

Este capítulo aborda um plano de cuidado ao paciente portador de traqueostomia em AD,

BENEFÍCIOS DA TRAQUEOSTOMIA

Quadro 1

BENEFÍCIOS DA TRAQUEOSTOMIA

- » Reduzir o espaço morto anatômico
- » Diminuição do trabalho respiratório
- » Melhora da aspiração das vias aéreas
- » Permitir a fonação
- » Permitir a alimentação por via oral
- » Menor necessidade de sedação
- » Redução do risco de pneumonia associada à ventilação mecânica
- » Diminuição do tempo de ventilação mecânica
- » Diminuição do tempo de internação em unidades de terapia intensiva
- » Possibilidade de alta hospitalar com ventilação mecânica invasiva
- » Redução da mortalidade

Fonte: Vianna A. et al 2011

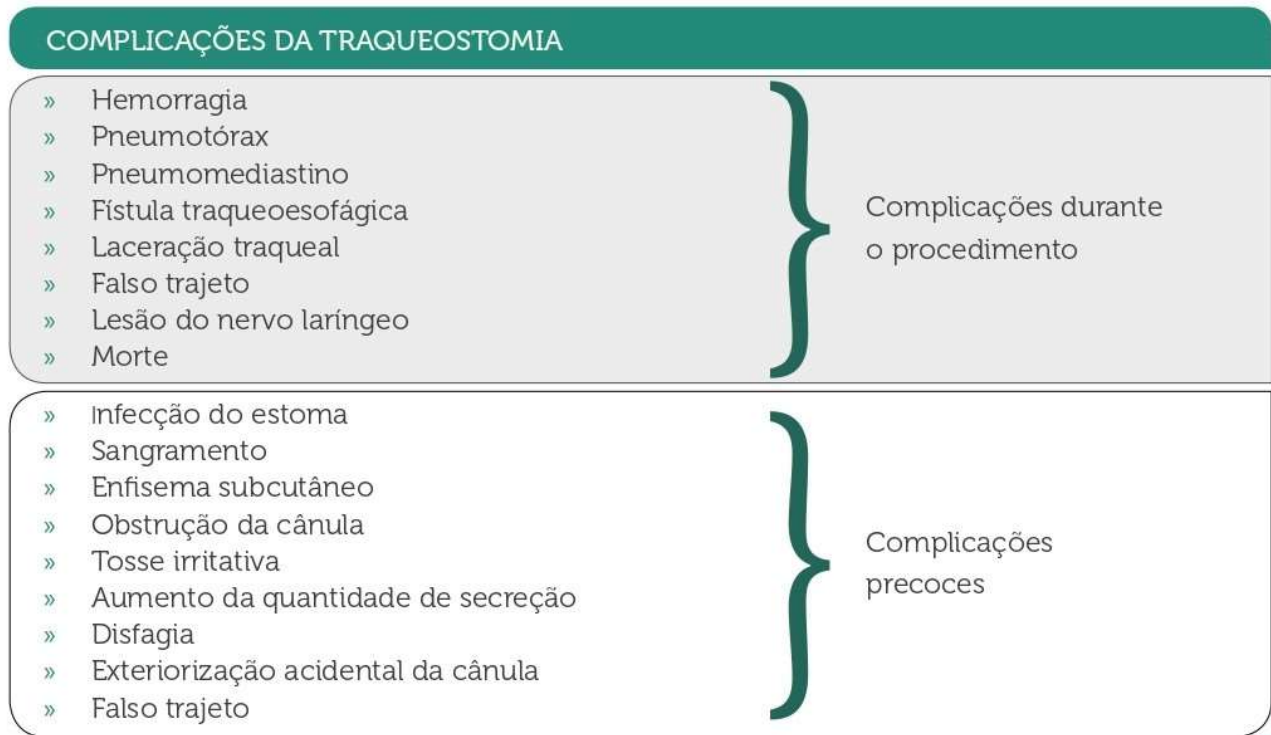
O período de indicação em que a traqueostomia deve ser realizada pode variar do 2º dia ao 14º dia de intubação. Quando realizada até o 6º dia aproximadamente, é considerada precoce, e após esse período, tardia. Quando o paciente está em ventilação mecânica invasiva, a patologia de base deve ser levada em consideração para que a realização da traqueostomia seja definida (quando Glasgow < 8 a indicação da realização da traqueostomia é precoce, entre o quarto e quinto dia de intubação orotraqueal

INDICAÇÕES DA TRAQUEOSTOMIA

INDICAÇÕES DA TRAQUEOSTOMIA

- » Ventilação mecânica invasiva em intubações orotraqueais prolongadas
- » Liberação de via aérea obstruída
- » Permitir higiene brônquica
- » Permitir ventilação em pacientes com debilidade de musculatura respiratória pela diminuição do espaço morto anatômico
- » Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono
- » Disfunções neurológicas

COMPLICAÇÕES:



Fístula traqueoinominada - é uma complicação rara (<1%), mas geralmente fatal, ocorre em traqueostomias feitas abaixo do 3º anel ou com cânula mais longa. É uma lesão da parede traqueal e da artéria inominada ou algum vaso do tronco braquiocéfálico. A clínica é um sangramento pela traqueostomia, inicialmente vivo em pequena quantidade (sentinela), seguido de hemorragia vultuosa (artéria lesada, sangrando para meio externo).

QUAL CANULA ESCOLHER/PADRÃO HELP VIDA

As cânulas utilizadas podem ser plásticas com cânula interna ou não, com ou sem cuff; cânula plástica com ou sem cuff com orifício (fenestrada); cânula de Montgomery; metálicas.

A cânula de Montgomery é um tipo de cânula permanente, indicado nos casos de estenose subglótica ou traqueal. As indicações dependem do paciente e seu prognóstico, de sua atual condição. As cânulas sem cuff, independentemente de serem plásticas ou metálicas, não podem ser utilizadas em pacientes sob ventilação mecânica. O diâmetro da cânula normalmente deve corresponder a 75% do diâmetro da traqueia. No caso das cânulas com cuff as mais recomendadas são as de baixa pressão e grande volume, que têm menor risco de causar lesão por isquemia. A

cânula não deve ser muito curta pois pode causar lesão na parede posterior da traqueia, nem muito comprida pois pode causar lesão na parede anterior da traqueia ou no tronco braquiocefálico.

Quadro 4 - Tipos de cânula de Traqueostomia

Cânula fenestrada com e sem cuff



Cânula metálica



Cânula plástica sem cuff

Cânula de Montgomery



Cânula plástica com cuff e cânula intermediária

CUIDADOS COM AS CANULAS:

» **Pressão de cuff** - Um dos maiores cuidados com as cânulas que possuem cuff é manter a pressão adequada para que não ocorra nem broncoaspiração, nem lesão isquêmica por excesso de pressão. O recomendado é que essa pressão esteja entre 20 e 25 cmH₂O ou até 20 mmHg, caso ainda assim haja sinais de vazamento de ar, a pressão deve ser aumentada ao mínimo necessário para vedar o vazamento, ou se esse vazamento persistir, pode ser necessário a troca da cânula por defeito no cuff. Quando não há um meio para aferir a pressão do cuff, essa pode ser feita através de ausculta de

mínima perda de ar, insuflando ao mínimo necessário para interromper esse escape. » Higiene da cânula - Outro cuidado é manter uma higiene adequada, tanto de aspiração de secreção, quanto peritrapeostomia, evitando assim a formação de rolhas de secreção e infecções ou lesões de pele. » Cuidados gerais - Orientar o cuidador sobre os cuidados com troca de fixação, riscos de decanulação acidental, de lesão por aspiração incorreta, observar o curativo peritrapeostomia sempre e notar presença de secreção amarelada ou de sangue, não manusear o cuff, proteger a cânula de entrada de alguma sujeira, realizar nebulizações ou inalações com frequência para não permitir a formação de rolhas, atentar ao período de troca da cânula. Quando o paciente utilizar a cânula metálica, ensinar o cuidador a realizar a troca do jogo da cânula e higienizar esse material e guardar em local adequado.

5. Desmame da cânula de traqueostomia: Quando um paciente traqueostomizado estiver em ambiente domiciliar, é fundamental analisar as possibilidades da retirada dessa cânula.

Primeiramente esse paciente não pode ser dependente de ventilação mecânica em nenhum período do dia. É preciso verificar o nível de consciência do paciente que deve no mínimo ser capaz de proteger as vias aéreas com tosse eficaz. O ideal é que esse trabalho inclua um fisioterapeuta que irá reabilitar o paciente, melhorando a força muscular, volumes e capacidades pulmonares, e também um fonoaudiólogo, para trabalhar a deglutição e fonação. O processo de desmame da cânula é iniciado desinsuflando o cuff e é muito importante acompanhar esse paciente de perto, ficando atento aos sinais de desconforto respiratório, como aumento da frequência respiratória, uso de musculatura acessória, tosse irritativa, presença de secreção hialina em grande quantidade. Caso apresente algum desses sinais o processo de desmame deve ser interrompido e o paciente deve permanecer no processo de reabilitação com o cuff insuflado, investigando as possíveis causas de falha, que podem ser por fraqueza muscular, por presença de edema por exemplo. Se o paciente não apresentar nenhum sinal de desconforto respiratório é recomendado que esse cuff permaneça desinsuflado por períodos nos primeiros dias, que se bem tolerados possibilitam evolução do processo. É recomendado que o paciente permaneça pelo menos 48 horas contínuas com cuff desinsuflado para que a cânula seja retirada ou trocada por uma cânula sem cuff, normalmente a metálica. Caso ele troque a cânula plástica pela metálica, essa deve ser ocluída por períodos no dia, observando os sinais de desconforto respiratório. Após 48 horas com a cânula ocluída e sem nenhuma intercorrência, esse paciente está apto para decanular (processo que pode ser feito trocando a cânula por outras de calibres menores ou através de decanulação direta). Após a retirada definitiva da cânula deve ser feito um curativo oclusivo no estoma para que o mesmo feche e cicatrize adequadamente. **Padronizar curativo com a equipe de enfermagem**

ORIENTAÇÕES AO CUIDADOR

É fundamental orientar ao paciente e seu cuidador a função da traqueostomia e que ela requer cuidados importantes no dia a dia. Orientar ainda sobre possíveis intercorrências e o que fazer caso ocorram.

- » Orientar sobre os procedimentos de higiene da cânula, realizar aspirações quando necessário (importante que o cuidador saiba avaliar essa necessidade);
- » Explicar o que são sinais de obstrução prejudicando a ventilação;
- » Realizar umidificação e proteção da traqueostomia;
- » Trocar o fixador diariamente com cuidado para não correr risco de decanulação acidental e cuidado para não causar lesão de pele por apertar demais a fixação;
- » Proteger a região peritraqueostomia com gaze limpa; observar secreções amarelada e sangramento;
- » Ao dar banho no paciente, a água não deve entrar na traqueostomia, se for banho no chuveiro o ideal é utilizar o "chuveirinho";
- » Posicionamento adequado do paciente, sempre com a cabeceira elevada, sinalizando casa do paciente a altura ideal (30° no mínimo);
- » Sempre que a cânula for manipulada, o cuidador deve utilizar luvas de procedimento para proteger o paciente de infecções;
- » Aspiração - Treinar o cuidador a realizar as aspirações com cuidados para não causar lesão, e prevenir infecções. Demonstrar o uso da luva de procedimento ou estéril, cor manipular a sonda, a sequência correta da aspiração caso esse paciente seja aspirado via traqueostomia e também por vias aéreas superiores (TRAQUEOSTOMIA – NARIZ – BOCA, nessa ordem sempre, não podendo utilizar a sonda contaminada novamente na traqueostomia após o uso na cavidade oral ou nariz). Caso a mesma sonda de aspiração seja utilizada mais de uma vez no dia, deve ser separada uma sonda apenas para traqueostomia e outra para a boca, e além disso, devem ser limpas com água corrente e sabão e guardadas em pote fechado exclusivo para esse fim (separadas uma sonda e outra), na geladeira de preferência. A secreção deve ser desprezada no vaso sanitário e pote coletor lavado em água corrente com sabão;
- » Se o paciente for dependente de oxigênio orientar ao cuidador que pré oxigene esse paciente antes de aspirar e que não demore muito no procedimento, levando em torno de 15 segundos no máximo por aspiração. Se possível orientar o uso de soro fisiológico para fluidificar secreção.



Enfatizar a importância de ligar para o serviço de urgência nos casos de intercorrências que o cuidador não consiga resolver.

No caso do uso de uma cânula metálica orientar como realizar a troca do jogo da cânula e a higienização. (Orientações de higienização vide Quadro 5).

Higienização da cânula metálica

HIGIENIZAÇÃO DA CÂNULA METÁLICA

- » Retire o cadarço antigo. Lave-o ou jogue-o fora se estiver muito desfiado.
- » Coloque o conjunto de cânula de molho em água e sabão por alguns minutos. Use um recipiente somente para isso.
- » Depois que a crosta de secreções estiver amolecida, esfregue bem a cânula e a cânula intermediária, por dentro e por fora, usando uma esponja com sabão.
- » Enxague com água corrente para tirar todo o resíduo do sabão.
- » Higienize o conjunto completo em água fervente por 10 minutos ou mais.
- » Após a higienização, guardar em recipiente com tampa (também higienizado ou bem desinfetado com álcool). Este recipiente deve ser utilizado apenas para a cânula.

AS ORIENTAÇÕES AOS CUIDADORES DEVERÃO SER REPASSADAS POR ESCRITO DE TODOS OS PACIENTES SAD ADMITIDOS COM USO DO DISPOSITIVO OU APÓS MUDANÇA DE COMPLEXIDADE
PROTOCOLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE