1. Tabela de diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores de risco identificados em pacientes portadores de traqueostomia em ventilação mecânica

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnósticos de Características Fatores de risco  Enfermagem definidoras associados | | |
| TROCA DE GASES PREJUDICADA | Dispnéia; Diaforese; Gases sanguíneos arteriais anormais, Hipercapnia; Hipoxemia; Hipoxia; Respiração anormal; Taquicardia; Sonolência. | Desequilíbrio na ventilação-perfusão |
| PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ | Alterações na profundidade respiratória; Bradipneia; Taquipneia; Dispneia; Uso de musculatura acessória; Capacidade vital diminuída; Ventilação-minuto diminuída. | Ansiedade; Fadiga; Hiperventilação; Dano de percepção; Dano cognitivo. |
| VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA | Agitação aumentada; Apreensão; Dispneia; Frequência cardíaca aumentada; PCO2 aumentada; PO2 diminuída; Uso de musculatura acessória; Volume corrente diminuído. | Fadiga da musculatura acessória. |
| DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS | Agitação; Cianose; Dispneia; Ruídos adventícios respiratórios; Tosse ausente; Tosse diminuída; Vocalização dificultada; Mudanças no ritmo respiratório; Mudanças na frequência respiratória. | Presença de via aérea artificial; Espasmos de via aérea; Secreção nos brônquios; Secreção retida. |
| INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | Destruição de camadas da pele | Presença de traqueostomia; Circulação local prejudicada. |
| COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | Afasia; Afonia |  |
| RISCO DE ASPIRAÇÃO |  | Cirurgia de pescoço, deglutição prejudicada, reflexo de tosse diminuído, presença de traqueostomia. |
| RISCO DE INFECÇÃO |  | Defesas primárias inadequadas pele rompida, estase de fluidos orgânicos, diminuição da ação ciliar; Exposição aumentada a patógenos; Procedimentos invasivos. |

Fonte: Os autores (2013).

2- Tabela do protocolo assistencial para a padronização do cuidado a portadores de traqueostomia em ventilação mecânica atendidos na UTI Geral do HU

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnóstico de Enfermagem** | TROCA DE GASES PREJUDICADA |
| **Resultados esperados** | -Manter o estado respiratório de trocas gasosas, mantendo as concentrações gasosas no sangue arterial;  -Manter o estado respiratório de ventilação, mantendo o movimento de entrada e saída de ar dos pulmões. |
| **Intervenções de enfermagem** | -Monitorar, aferir e registrar o padrão ventilatório:   * Quanto à frequência respiratória 14-20 mrpm é o padrão normal, >20 mrpm é taquipnéia. * -Quanto ao esforço: sinais de dispnéia, tiragem, simetria dos movimentos torácicos, batimento de asa de nariz.   -Avaliar e registrar os sons respiratórios: Auscultar os campos torácicos e registrar sibilos, roncos, estertores, sons diminuídos ou ausentes;  -Avaliar a aparência geral do paciente: Sinais de inquietação, ansiedade, diaforético (sudorese excessiva), uso de musculatura acessória para ventilar, cianose, distensão e ingurgitamento da jugular;  - Manter a cabeceira do leito elevada a 30º;  - Monitorar e registrar a ventilação:   * Tipo de ventilação: Ventilação Mecânica, Espontânea. * Modo ventilatório: CPAP (Pressão positiva contínua nas vias aéreas), VC (volume controlado), PC (pressão controlada); * Dados da ventilação mecânica: volume corrente, PEEP (pressão positiva no final da expiração), Relação I:E (Inspiração, Expiração), FIO2; |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ |
| **Resultados esperados** | -Manter o estado respiratório de permeabilidade das vias aéreas, mantendo livre a passagem traqueobrônquica;  -Manter o estado respiratório de ventilação, mantendo o movimento de entrada e saída de ar dos pulmões;  - Manter os sinais vitais. |
| **Intervenções de enfermagem** | -Monitorar e registrar pressão arterial: Pressão arterial: >90/60, <140/90 mmhg;  -Aferir e registrar a temperatura e observar a hipertermia;  -Monitorar e registrar frequência cardíaca: Pulso: Ritmo regular, frequência de 60 a 100 bpm Pode acontecer taquicardia (>100bpm) seguida de bradicardia (<60bpm) e pulso irregular, devido à acidose causada pela retenção excessiva de CO2;  - Alterações destes indicadores denotam desequilíbrio ácido-base e levam à hipoxemia ou ainda à sepse. O enfermeiro deve observar os seguintes indicadores:   * Ph sérico 7,35 a 7,4. * PCO2 sérico 35 a 45 mmHg. * Eliminação urinária: > 30 ml/hora. * Ausência de sons respiratórios anormais. * Saturação de Oxigênio >95% (oximetria de pulso).   -Avaliar a aparência geral do paciente: Sinais de inquietação, ansiedade, diaforético (sudorese excessiva), uso de musculatura acessória para ventilar, cianose, distensão e ingurgitamento da jugular;  -Observar e comunicar alterações na perfusão capilar periférica;  durante a respiração ou queda da saturação. Registrar possíveis intercorrências assim como, aspecto da secreção aspirada; |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA |
| **Resultados esperados** | - Manter o estado respiratório de trocas gasosas, mantendo as concentrações gasosas no sangue arterial; |
| **Intervenções de enfermagem** | -Monitorar, aferir e registrar o padrão ventilatório:   * Quanto à frequência respiratória 14-20 mrpm é o padrão normal, >20 mrpm é taquipnéia. * Quanto ao esforço: sinais de dispnéia, tiragem, simetria dos movimentos torácicos, batimento de asa de nariz.   -Avaliar e registrar os sons respiratórios: Auscultar os campos torácicos e registrar sibilos, roncos, estertores, sons diminuídos ou ausentes;  -Avaliar a aparência geral do paciente: Sinais de inquietação, ansiedade, diaforético (sudorese excessiva), uso de musculatura acessória para ventilar, cianose, distensão e ingurgitamento da jugular;  - Orientar o paciente quando lúcido e se possível, sobre o método de tosse controlada: Na posição Fowler, respirar profundamente e lentamente, segurar a inspiração por 3-5s e tossir;  -Avaliar e registrar mudanças no estado mental: confusão, letargia, agitação, tremores; |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS |
| **Resultados esperados** | -Manter o estado respiratório de permeabilidade das vias aéreas, mantendo livre a passagem traqueobrônquica, aberta e limpa para a troca de ar com o ambiente;  -Manter o estado respiratório, quanto à prevenção da aspiração, prevenindo a passagem de líquidos e partículas sólidas para os pulmões. |
| **Intervenções de enfermagem** | -Avaliar e registrar os sons respiratórios: Auscultar os campos torácicos e registrar sibilos, roncos, estertores, sons diminuídos ou ausentes;  -Monitorar, aferir e registrar o padrão ventilatório;  -Avaliar a aparência geral do paciente: Sinais de inquietação, ansiedade, diaforético (sudorese excessiva), uso de musculatura acessória para ventilar, cianose, distensão e ingurgitamento da jugular;  -Monitorar quanto aos sinais de atelectasia: dispneia, ansiedade, cianose, taquicardia;  -Avaliar e registrar mudanças no estado mental: confusão, letargia, agitação, tremores;  - Aspirar à orofaringe e a nasofaringe; assim como a traqueostomia sempre que necessário: auscultar se roncos ou estertores, aumento da pressão inspiratória no ventilador, movimentação das secreções audível durante a respiração ou queda da saturação. Registrar possíveis intercorrências assim como, aspecto da secreção aspirada;  - Verificar a pressão do cuff uma vez por turno ou sempre que necessário, utilizando o cufômetro. Esta deve estar entre 20-30 cm H2O. A subinflação permite a aspiração de secreções gástricas ou respiratórias. A superinflação pode ocasionar lesão do tecido traqueal e traqueomalácia. |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA |
| **Resultados esperados** | -Manter a cicatrização de ferida por segunda intenção, mantendo a regeneração dos tecidos. |
| **Intervenções de enfermagem** | -Trocar a fixação do TOT ou da traqueostomia sempre que necessário e pelo menos uma vez por turno;  -Observar e registrar a aparência da pele ao redor do ostoma;  -Realizar o curativo estéril no local da inserção da traqueostomia com SF a 0,9%, registrar as características das secreções drenadas e do estoma;  -Inspecionar a área ao redor do estoma procurando enfisema subcutâneo;  - Mudar o decúbito de 2 em 2 horas se paciente inconsciente; |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA |
| **Resultados esperados** | - Manter a capacidade de comunicação, mantendo a capacidade de expressar mensagens de forma escrita e não verbal. |
| **Intervenções de enfermagem** | -Minimizar as dificuldades resultantes da privação da fala. Se o paciente sabe escrever, incentivá-lo a escrever num papel para comunicar;  -Manter ao alcance do paciente papel e caneta;  -Explicar ao paciente que quando a abertura externa é tapada, o ar pode passar pelas cordas vocais, permitindo que a voz saia;  -Encorajar a família e os amigos a falarem com o paciente;  -Procurar fazer perguntas fechadas. |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | RISCO DE ASPIRAÇÃO |
| **Resultados esperados** | -Manter a capacidade de deglutição segura, mantendo a passagem segura de líquidos/sólidos da boca para o estômago;  -Manter o estado respiratório de ventilação;  -Prevenção de aspiração. |
| **Intervenções de enfermagem** | - Manter a cabeceira do leito elevada a 30º;  - Realizar e registrar a higiene oral do paciente;  -Inspecionar os lábios, a língua e a cavidade oral regularmente;  - Orientar o paciente quando lúcido e se possível, sobre o método de tosse controlada: Na posição Fowler, respirar profundamente e lentamente, segurar a inspiração por 3-5s e tossir;  -Aspirar à orofaringe e a nasofaringe; assim como a traqueostomia sempre que necessário: auscultar se roncos ou estertores, aumento da pressão inspiratória no ventilador, movimentação das secreções audível durante a respiração ou queda da saturação. Registrar possíveis intercorrências assim como, aspecto da secreção aspirada;  -Se necessário administrar antes das refeições ou misturado com o alimento se SNG azul de metileno. Verificar o aparecimento de secreções traqueais tingidas de azul. |
| **Diagnósticos de Enfermagem** | RISCO DE INFECÇÃO |
| **Resultados esperados** | -Manter a cicatrização do ostoma por segunda intenção, mantendo a regeneração dos tecidos. |
| **Intervenções de enfermagem** | -Trocar o sistema de aspiração (látex, vidro) a cada 24h e registrar;  - Realizar o curativo estéril no local da inserção da traqueostomia com SF a 0,9%, registrar as características das secreções drenadas e do estoma;  - Remover a água que condensa na traqueia;  -Trocar a água destilada do umidificador em intervalos de 24 horas;  -Proporcionar higiene oral ao paciente e hidratação oral e lábios;  - Manter a cabeceira do leito elevada a 30º;  -Limpar a cânula interna diariamente e sempre que for necessário com o uso H2O2 e solução alcoólica diluída ou uma solução desinfetante. |

Fonte: Os autores (2013).