

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ORIENTAÇÃO E PREPARO DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Rosani Tesser^{*}

Maria Lourdes B. Cadore^{**}

RESUMO: O presente trabalho aborda a importância da assistência individualizada diante da enfermagem, bem como os cuidados que devem ser prestados aos pacientes traqueostomizados, de modo que estes conscientizem-se e aceitem a traqueostomia como uma forma de sobrevivência.

INTRODUÇÃO

A primeira traqueostomia realizada foi em 1549, por Brassavola, como procedimento de urgência. Teve sua indicação ampliada com o passar dos anos a tal ponto que, atualmente, é realizada antes que se apresente a urgência.

As primeiras traqueostomias foram executadas em casos extremos de asfixia por inflamação e edema, oriundos de infecções agudas; só mais tarde foram empregadas para traumas e corpos estranhos.

No século XIX sua maior indicação e realização foi para os casos de difteria.

No Rio Grande do Sul, em 1903, foi realizada a traqueostomia no Dr. Júlio de Castilhos, pelos médicos Protásio Alves, Carlos Wallam e Dioclécio Pereira.

A mesma não obteve êxito, devido ao uso de anestésico, clorofórmio, que apesar de ser moderno na época, era contra-indicado.

^{*}Enfermeira da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Aluna do Curso de Especialização em Programas de Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

^{**}Professora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Este estudo propõe-se à promover a assistência integral a pacientes traqueostomizados, bem como despertar o interesse dos profissionais da área de saúde e familiares sobre a necessidade e importância do apoio, educação e orientação, de forma constante e contínua, incentivando assim o paciente, ao auto-cuidado.

1 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A traqueostomia, tecnicamente, é uma operação simples, onde se faz uma abertura na traquéia, mas as circunstâncias em que é realizada podem torná-la dramática e com grave risco para o paciente.

Entre as inúmeras indicações para se fazer uma traqueostomia destacamos: — obstrução mecânica das vias aéreas superiores; processos inflamatórios agudos e crônicos; tumores benignos e malignos de faringe e laringe; traumatismos laringo-traquiais; estados comatosos; síndromes degenerativas; traumatismos crânio-encefálicos; mal formação congênita. Generalizando está indicada em todas as eventualidades em que se instale uma insuficiência respiratória por qualquer fator etiológico e em que se impõe a necessidade de uma assistência ventilatória prolongada.

A sintomatologia que leva o paciente a ser traqueostomizado, depende da patologia, associada geralmente com: — obstrução do trato respiratório superior; dispnéia intensa com crises de asfixia; rouquidão progressiva; afonia; cianose; cansaço; anemia; inquietude; apreensão; agitação; hipotensão; aumento do pulso e movimentos respiratórios; disfonia; edema generalizado da laringe. Cada paciente deverá ser individualizado na apresentação de seus sinais e sintomas.

Existem dois tipos de traqueostomia:

a) — permanentes — quando o paciente permanece definitivamente com a cânula ou traqueostoma;

b) — transitórias — quando o paciente permanece com a cânula de traqueostomia, ou traqueostoma, até que a causa pela qual foi realizada, seja eliminada.

1.1. — Cuidados no pré-operatório:

— É aconselhável que o paciente seja admitido na unidade com antecedência, quando não for caso de urgência, para melhor orientação a respeito da cirurgia a que irá se submeter. Além dos cuidados de rotina hospitalar, convém salientar a importância e valorização da auto-ima-

gem. Cada paciente será orientado individualmente, o que não impede que este paciente, que será submetido a traqueostomia, entre em contato com outro já traqueostomizado e bem sucedido.

A família deverá ser orientada para no pós-operatório participar ativamente da recuperação e aceitação do paciente; é de vital importância para o paciente que a família o aceite e o ajude a sentir-se útil; não devendo a mesma rejeitá-lo e, ou marginalizá-lo.

1.2. — Cuidados no pós-operatório:

Atenção visual e auditiva constantes.

No primeiro dia pós-operatório a cânula interna será removida e limpa a cada meia hora, se necessário, o que favorece a vigilância ao paciente e evita que a cânula interna fique aderida à cânula externa devido ao sangue coagulado e secreções.

O acúmulo de secreções na luz da cânula acarretará obstrução, impedindo a passagem de ar, conseqüentemente, má ventilação pulmonar. A frequência das aspirações será de acordo com a necessidade de remoção das secreções. É importante a identificação dos sinais de dificuldade respiratória, pois as aspirações repetidas previnem a atelectasia pulmonar.

— Os cuidados pós-operatórios merecem especial atenção dos médicos e da enfermagem, os quais deverão ficar alertas para prevenir, detectar e solucionar complicações que poderão surgir, evitando com isto que o paciente possa entrar em pânico.

1.3 — Complicações que poderão surgir em pacientes traqueostomizados:

Resumidamente, podemos classificá-las em:

a) — *Precoces*: Hemorragias, enfisemas subcutâneo e mediastinal, lesão dos nervos laríngeos recorrentes, lesão do esôfago, cânulos traqueais de dimensões inadequados, pneumotórax.

b) — *Tardias*: Infecções, hemorragia do troncobraquiocefálico, obstrução da cânula traquial, formação de crostas, erosões, úlceras e granulações da mucosa traquial, fístula traquio-esofágica, estenose laríngo-traquial, resultado estético insatisfatório.

Outras complicações surgem no pós-operatório, principalmente quando os cuidados com a traqueostomia são inadequados, entre elas: — Infecções, obstrução da cânula, podendo resultar, ainda, e tardia-

mente, complicações mais graves, como hemorragias do tronco-braquio-cefálico, fístulas traquiesofágicas, estenose traquial, edema de glote, enfisema subcutâneo.

1.4 — Descanulização:

No caso de traqueostomizados temporariamente, consiste na retirada da cânula após a cura da moléstia que motivou a traqueostomia. Não há dúvida quanto à importância dos fatores psicológicos, uma vez que o paciente se acostumou a respirar através da cânula, podendo entrar em pânico no momento da retirada da mesma.

2 — CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os adequados cuidados de enfermagem são fundamentais para uma melhor aceitação e conscientização do paciente traqueostomizado.

2.1 — Gerais

Uma cânula de igual número deverá estar na mesa de cabeceira; lápis e papel para a comunicação; campainha ao alcance do paciente; um pacote com gaze esterilizada, um frasco com solução antisséptica para colocação da sonda de aspiração; dois frascos com soro fisiológico, sendo um para a lavagem da sonda antes da aspiração e outro para a limpeza do cateter com secreção durante e após a aspiração, devidamente rotulados com dia, hora e assinatura do responsável.

Estes frascos deverão ser trocados diariamente, ou sempre que necessário.

O frasco coletor da válvula 1012 deverá ser limpo a cada aspiração.

- Controle de sinais vitais.
- Movimentação ativa e passiva dos membros inferiores.
- Mudança de decúbito.
- Apoio psicológico constante.

2.2 — Banho no Leito

Até que o paciente tenha condições físicas de tomar banho no chuveiro, devendo a incisão ser coberta com um impermeável.

2.3 – Higiene Oral

Com Cepacol de 5-6 vezes por dia e sempre que necessário.

2.4 – Curativo

Três vezes ao dia e sempre que necessário, tendo por objetivo básico a higiene e conforto, atendendo às necessidades de auto-imagem e auto-estima do paciente. Limpar o local da incisão com soro fisiológico sem muita pressão e com movimentos rotatórios. A gaze que cobre a incisão é seca.

2.5 – Nebulização

6 a 8 vezes por dia e conforme a necessidade do paciente.

A umidificação das vias aéreas facilita a aspiração e proporciona maior facilidade de eliminação das secreções, prevenindo a obstrução da cânula traqueal.

O paciente deverá ser orientado quanto à importância e objetivos da nebulização. Nas primeiras nebulizações devemos supervisionar o paciente. Efeito nenhum será obtido colocando-se o nebulizador na boca do paciente traqueostomizado; o mesmo deverá ser direcionado para o traqueostoma, a uns dois a três centímetros de distância.

2.6 – Aspiração

Será efetuada quantas vezes necessária; após umidificada as secreções, estimulada a tosse. A aspiração é realizada com movimentos rotatórios de 10 a 15'; a aspiração prolongada pode ocasionar uma queda na concentração de O_2 arterial.

2.7 – Aspecto das Secreções

É importante anotar as características das secreções: volume e viscosidade. O aspecto, odor e coloração podem indicar um processo infeccioso instalado.

2.8 – Troca de Cânulas

Tem por objetivo remover as secreções, deixando as vias aéreas livres. O material deverá ser preparado com antecedência, pois o paciente não poderá permanecer mais de 10' sem a cânula.

2.9 – Alimentação

Por sonda nasogástrica ou gástrica. O paciente deverá ser posicionado adequadamente, isto é, deverá estar sentado.

Cuidados:

a) controlar o fluxo adequadamente administrado e a temperatura adequada;

b) lavagem da sonda com H₂O morna após cada alimentação com a finalidade de não obstruir a mesma. O paciente deverá ser orientado quando à administração de sua própria alimentação, tão logo possível; o próprio cuidado ajuda a preservar sua dignidade, a qual está sujeita a depressões pelo fato de outras pessoas cuidarem de suas necessidades básicas.

2.10 – Recreação

Estes pacientes necessitam de compreensão, aceitação, respeito e prestígio. Deverá participar de uma vida em grupo; necessita de algo que lhe motive e o faça esquecer seu aspecto físico. Daí a importância de uma sala para recreação, onde poderá participar de jogos, ler, assistir TV, ouvir música e desenvolver algum trabalho manual.

É importante a estimulação da enfermagem para a realização dessas tarefas.

3 – REABILITAÇÃO

3.1 – Plano de Alta para o Paciente Traqueostomizado

Através de perguntas, observação e contato diário com o paciente identificamos se o mesmo tem ou não condições de autocuidar-se e se alguém de sua família está apto para desenvolver tais funções.

Mesmo que o paciente tenha condições de fazer seu curativo e efetuar as trocas de cânulas, alguém de sua família deverá também ser orientado para algum caso de emergência.

O plano de alta tem por objetivos:

- a) Preparar o paciente e sua família para a continuidade do tratamento e cuidados fora do ambiente hospitalar.
- b) Conscientizar o paciente de que precisa tornar-se independente para eventuais emergências ou momentos em que terá que ficar sozinho e tiver que trocar a cânula, por motivo de secreção intensa e até mesmo por obstrução.

3.2 – Cuidados com os tubos

O manejo cuidadoso dos tubos de traqueostomia é importante, porque os mesmos facilmente se danificam. Um tubo denteado pode adaptar-se mal e causar traumatismos na pele.

3.3 – Educação do Paciente

Ensinar o paciente a cuidar do próprio tubo de traqueostomia, mostrando as partes do instrumento, seu funcionamento. Com o auxílio de um espelho mostrar-lhe como remover e introduzir a cânula interna, solicitando, posteriormente, que repita a demonstração.

A demonstração deverá ser feita de maneira simples, sem o auxílio de pinças, apenas gase, mas não deixando de salientar os cuidados e técnicas assépticas, lavagem das mãos, proteção da cânula após a sua limpeza com um pano esterilizado.

4 – MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa de campo foi realizada em diversos hospitais da grande Porto Alegre, no período de julho a outubro de 1981, abrangendo pacientes traqueostomizados que faziam uso da cânula temporária e/ou permanente, dependentes e independentes de pessoa (enfermagem ou familiares, para a realização de seus cuidados).

Foi elaborado um instrumento de pesquisa, constando de um questionário, que foi aplicado diretamente a 30 pacientes, em forma de entrevista pessoal; também foram coletados dados em fichas de prontuários a nível de SAME, bem como pessoas fonte e hospitais especializados.

Os resultados e procedimento estatístico serão apresentados em forma de tabelas e comentários, com simultânea análise.

**QUESTIONÁRIO APLICADO PARA COLETA
DE INFORMAÇÕES**

1. Idade ☐ menos de 50 anos
☐ de 50 a 60 anos
☐ de 61 a 70 anos
☐ de 71 a 80 anos
☐ mais de 81 anos
2. Sexo: ☐ masculino ☐ feminino
3. Raça: ☐ branca ☐ negra
4. Estado Civil:
☐ solteiro ☐ casado ☐ viúvo
5. Procedência:
☐ Grande Porto Alegre
☐ Interior do Rio Grande do Sul
☐ Outros estados.
6. Profissão: _____
7. Fumo: ☐ sim ☐ não
☐ mais de 1 carteira
☐ menos de 1 carteira
8. Álcool: ☐ sim ☐ não
☐ até 500 ml por dia.
☐ de 500 a 1000 ml ao dia.
☐ mais de 1000 ml ao dia.
9. Queixa principal: _____
10. Há quanto tempo
☐ menos de 6 meses
☐ de 6 meses a um ano
☐ mais de um ano.
11. Procuraste médico
☐ assim que sentiu a primeira manifestação
☐ esperou mais de 2 meses antes de procurar recurso médico
☐ só procurou o médico quando os sintomas aumentaram de intensidade

12. Foste preparado para a realização da traqueostomia?
() não () sim
13. Recebeste orientação quanto aos cuidados com as cânulas?
() não () sim
14. Traqueostomia temporária ()
Traqueostomia permanente ()
15. Quantos quilos emagreceste desde o início da doença?
() menos de 5 quilos
() de 5 a 10 quilos
() de 10 a 15 quilos
() mais de 15 quilos
() não sabe informar
16. Aceitação familiar
() regular
() boa
() muito boa
17. Tens alguém da família que te prestará cuidados após a alta em caso de emergência?
() sim () não

COMENTÁRIO E ANÁLISE

a) Referente aos itens 5, 6, 7 e 8 conforme o formulário de pesquisa de campo, 60% dos pacientes traqueostomizados procedem do interior; 20% tem como profissão contato direto com a terra, (agricultores, alambradores) e 20% trabalham como serventes, o que pode nos levar à conclusão de que a incidência de traqueostomia nestes casos é bastante alta, podendo estar diretamente relacionada com a aspiração de substâncias tóxicas.

b) 90% dos pacientes traqueostomizados estudados apresentam história de fumo e álcool associados em grande quantidade e por longo período de tempo, o que vai de encontro à pesquisa bibliográfica.

c) Referente aos itens 9, 10 e 11, conforme formulário de pesquisa de campo, cerca de 80% dos pacientes apresentam como queixa principal disfagia para alimentos sólidos, disfonia, dispnéia e rouquidão progressiva, sendo também que a maioria dos pacientes não procurou recurso médico logo, por achar que a sintomatologia apresentada desapareceria normalmente, não dando grande importância à mesma.

CONCLUSÃO

De acordo com o estudo realizado, notamos que grande parte dos pacientes traqueostomizados não foram preparados nem orientados para a realização da mesma, o que comprova uma grande abnegação por parte destes pacientes na realização de seu autocuidado.

É de vital importância a atuação da enfermagem junto ao paciente, motivando-o e incentivando-o ao seu autocuidado.

O que motivou a realização deste trabalho foi a necessidade da assistência de enfermagem direta a estes pacientes, no sentido de reintegrá-los à sociedade.

TABELA 1
Resultado da pesquisa de campo referente aos itens 1, 2, 3 e 4 aplicado a 30 pacientes.

IDADE	CASOS	%	SEXO		%		ESTADO CIVIL			%			RAÇA		%	
			M	F	M	F	S	C	V	S	C	V	B	N	B	N
Menos de 50	3	10	3	--	10	--	--	3	--	--	10	--	3	--	10	--
50 60	15	50	14	1	46,67	3,33	2	11	2	6,67	36,66	7,67	14	1	46,67	3,33
60 70	9	30	8	1	26,67	3,33	2	6	1	6,67	20	3,33	9	--	30	--
70 80	2	6,67	2	--	6,67	--	--	2	--	--	6,67	--	2	--	6,67	--
Mais de 80	1	3,33	1	--	3,33	--	--	1	--	--	3,33	--	1	--	3,33	--
TOTAL	30	100,00	28	2	100,00		4	23	3		100,00		29	1	100,00	

FONTE: Pesquisa de campo, conforme instrumento de coleta de dados.

Conforme a tabela apresentada acima, 80% dos pacientes traqueostomizados encontram-se na faixa etária dos 50 aos 70 anos, sendo os mesmos de sexo masculino, o que vem de encontro à pesquisa bibliográfica. Constatou-se também que a maior incidência recai sobre os pacientes casados, brancos. Convém também salientar que a incidência de traqueostomizados não aumenta com a vida, em relação a casos de câncer.

LEGENDA: M: — Masculino F: — Feminino S: — Solteiro C: — Casado V: — Viúvo

OBS.: Em relação ao estado civil, desquitados registramos solteiros e concubinos registramos casados.

TABELA 2

Resultado da pesquisa de campo referente aos itens 1, 12, 13 e 17, aplicado a 30 pacientes.

IDADE	PREPARADO		%		ORIENTADO		%		CUIDADOS APÓS A ALTA		%	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Menos de 50	—	3	—	10,00	1	2	3,33	6,67	1	2	3,33	6,67
50 60	2	13	6,67	43,44	2	13	6,67	43,33	5	10	16,67	33,33
60 70	3	6	10	20,00	2	7	6,67	23,33	2	7	6,67	23,34
70 80	—	2	—	6,67	—	2	—	6,67	1	1	3,33	3,33
Mais de 80	—	1	—	3,33	—	1	—	3,33	—	1	—	3,33
TOTAL	5	25	16,67	83,44	5	25	16,67	83,33	9	21	30,00	70,00

FONTE: Pesquisa de campo conforme instrumento de coleta de dados.

Conforme tabela acima, foi constatado que a maioria dos pacientes (83,33%) não foram preparados para a incisão, nem orientados quanto a realização da traqueostomia, bem como para os cuidados após sua alta, concluímos com isto que o despreparo, é o maior fator responsável da aceitação pelo paciente e seus familiares na sua nova condição de vida.

TABELA 3

Resultado obtido através da pesquisa de campo e referente aos itens 1 e 15, aplicado a 30 pacientes.

IDADE	MENOS DE 5 KG	%	DE 05 A 10 KG	%	DE 10 A 15 KG	%	MAIS DE 15 KG	%	NÃO SABE INFORMAR	%	TOTAL
Menos de 50	—	—	—	—	—	—	1	3,33	2	6,67	10,00
50 60	—	—	—	—	6	20,0	4	13,34	5	16,67	50,01
60 70	—	—	1	3,33	5	16,67	1	3,33	2	6,67	30,00
70 80	—	—	—	—	—	—	1	3,33	1	3,33	6,66
Mais de 80	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3,33	3,33
TOTAL	—	—	1	3,33	11	36,67	7	23,33	11	36,67	100,00

FONTE: Pesquisa conforme instrumento de coleta de dados.

Conforme tabela acima, 36,67% dos pacientes traqueostomizados perdem de 10 a 15 kg; 36,67% não sabem informar quanto emagreceram.

Não está esclarecido, mas podemos supor que a maioria dos pacientes que não sabe informar o quanto emagreceu, deverá estar na faixa dos 10-15 kg, uma vez que é aí que se observa a maior incidência.

SUMMARY: This work approaches the importance of personal assistance in nursing, as well as the care to be given to tracheotomy patients, to the end of making the later, through consciousness, accept tracheotomy as a form of life continuance.

BIBLIOGRAFIA*

- 1 — BRUNNER & SUDDARTH. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Interamericana, 1977.
- 2 — HUNGRIA, Hélio. *Manual de otorrinolaringologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan. 1978.
- 3 — KUHLE, Ivo Adolpho. *Traqueostomia, suas indicações na asfixia e nas complicações pulmonares*. Porto Alegre, Editora Globo. 1958.
- 4 — LANG, Rudolf et alii. *Considerações sobre a traqueostomia*. Revista de Medicina do Hospital Ernesto Dorneles. junho, 1972.
- 5 — LAURENS, G. & AUBREY, M. *Otorrinolaringologia practica*. 1ª ed. Espanha, Editora Espanhola Toray-Masson S.A. 1966.
- 6 — LOPES Fº, Otacilio C. *Temas de otorrinolaringologia*. Ed. Manole Ltda. 1977.
- 7 — MARCHI, Dr. Walter A. *Traqueostomia: execução e cuidados*. Clínica Geral, nov. 1978, vol. XII, São Paulo. Abaeté, Ltda.
- 8 — PORTMANN, Michael. *Manual de otorrinolaringologia*. 4ª edição, Espanha, Editora Espanhola Toray-Masson S.A. 1976.
- 9 — WALTZBERG, Dan Linetzky et alii. *Enfermagem em novas dimensões*. Cuidados de rotina em pacientes traqueostomizados. junho, 1977.

Endereço do Autor: Rosani Tesser
Author's Address: Av. Polonia, 1055/201,
90.000 — POA (RS).

*Maiores informações bibliográficas no próprio trabalho que está à disposição na Biblioteca Central da UNISINOS, ou com a autora.