

INTERVENÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM "RISCO DE ASPIRAÇÃO" RELACIONADO A ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOENTERAL EM LACTENTES: ESTUDO DE CASO

Resumo Expandido

Larissa Jaíne Pinheiro¹

Julia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt²

Resumo

Uma das atribuições do profissional enfermeiro consiste na sondagem nasoenteral e os cuidados com a infusão da alimentação e a sonda. Buscando aperfeiçoar o cuidado utiliza-se o Processo de Enfermagem, método que facilita a identificação de diagnósticos e a prescrição de cuidados pautados na prática baseada em evidência. Entre os Diagnósticos de Enfermagem elencados para pacientes recebendo alimentação por sonda nasoenteral têm-se o "Risco de Aspiração", a partir do qual são estabelecidas atividades que visam a sua prevenção. Sob esta ótica, produziu-se um estudo de caso através do desenvolvimento do Processo de Enfermagem, para paciente lactente internado em uma Unidade Pediátrica utilizando sonda nasoenteral, sendo destacadas as atividades de enfermagem sugeridas para evitar a aspiração e garantir a alimentação adequada, com base nas taxonomias NANDA-I, NOC e NIC traçando um paralelo com artigos científicos.

Palavras-chave: Nutrição enteral. Processo de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

Introdução

Em processos de hospitalização o uso de sonda nasoenteral é comum em pacientes que possuem restrição de alimentação por via oral. A sondagem e os cuidados com a sonda e a infusão da alimentação enteral são responsabilidades da equipe de enfermagem, que necessita de constantes atualizações, já que o uso da sonda, além de proporcionar benefícios para o paciente, pode acabar resultando em algumas complicações, dentre elas, quadros diarreicos, desidratação e aspiração pulmonar do conteúdo infundido.

Atualmente a enfermagem vem se apoderando de uma ferramenta que embasa seu cuidado cientificamente e qualifica-o, fala-se do Processo de Enfermagem (PE), por meio do qual torna-se possível realizar um levantamento dos principais problemas e potencialidades do paciente para planejar o cuidado, almejando alcançar resultados preestabelecidos. Assim, compõe-se de 5 etapas inter-relacionadas, o Histórico de Enfermagem (HE) ou Coleta de Dados, os Diagnósticos de Enfermagem (DE), o Planejamento de Enfermagem, a Implantação e a Avaliação de Enfermagem. (BRASIL, 2009). Para desenvolvê-los utiliza-se de Sistemas de Linguagem Padronizadas de Enfermagem que respaldam o cuidado, NANDA-I (Nanda International), NOC (Nursing Outcome Classification) e NIC (Nursing Intervention Classification) (NNN), que afirmam a prática baseada em evidência, já que seus elementos são resultados de estudos clínicos.

¹ Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, larie_jainee@outlook.com

² Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, julia.bitencourt@uffs.edu.br

Na etapa do Planejamento de Enfermagem, pensa-se com base nos DE elencados quais resultados são esperados para o paciente, elencando as intervenções e atividades que serão utilizadas para alcançá-los, após a implementação têm-se a avaliação, que é realizada a partir de escalas Likerts dos Indicadores da Taxonomia NOC, permitindo verificar a eficiência dos cuidados.

Assim, percebe-se que o PE constitui-se como um método de notória importância para que os enfermeiros apliquem os cuidados necessários em casos de uso de sonda nasoenteral, evitando efeitos adversos e garantindo a alimentação como uma necessidade humana básica.

Objetivos

Descrever como a utilização do Processo de Enfermagem relaciona-se com o cuidado qualificado à pacientes utilizando sonda nasoenteral, com enfoque nas intervenções e atividades de enfermagem sobre o diagnóstico de risco de aspiração, a partir de um estudo de caso com lactente.

Descrição do caso

Trata-se de um relato de caso realizado com base no cuidado prestado à paciente internado em Unidade Pediátrica de um hospital do Oeste de Santa Catarina, durante Atividade Teórico Prática, entre os dias 6 e 14 de junho de 2019. Buscou-se averiguar os resultados e intervenções de enfermagem para o DE de risco de aspiração relacionado a alimentação por sonda nasoenteral em lactentes. Vale frisar, que o estudo de caso possibilita, apoiado na análise detalhada de um caso, adquirir conhecimentos sobre o fenômeno estudado.

Para tal, identificou-se como "Paciente X" o paciente em que foi elencado o diagnóstico a ser estudado. Inicialmente construiu-se o Histórico de Enfermagem para que os problemas e situações de saúde e doença fossem evidenciados e os DE identificados, para que em seguida, se estabelecesse os resultados esperados e indicadores, para assim pensar em quais Intervenções e atividades seriam necessárias para alcançá-los.

Resumo do histórico de enfermagem coletado do Paciente X: masculino, 4 meses e 12 dias, 7,085 kg, parto cesárea, idade gestacional de 33 semanas, história vacinal em dia, teste do pezinho suspeito para hiperplasia adrenal congênita, com novo teste negativo. Diagnóstico Médico de Pneumonia Bacteriana. Amamentação interrompida ao nascer devido mastite crônica e bico invertido, de acordo com relatos da mãe. Utilizando no momento sonda nasoenteral para evitar esforços respiratórios. Expansão torácica simétrica, dispneia em repouso, ausculta respiratória com presença de ruídos adventícios, tosse produtiva, em uso de cateter nasal tipo óculos 2 L/min, bulhas cardíacas normofonéticas, pulsos periféricos presentes e rítmicos, marcos do desenvolvimento adequado, presença de hiperemia em região perianal, eliminações intestinais diarreicas e vesicais sem alterações, presentes em fralda.

Um dos diagnósticos elencados para o paciente corresponde: Risco de aspiração relacionado a alimentação enteral, presença de sonda nasal, conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis. Definição do diagnóstico: "Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde". (HEATHER; KAMITSURU, 2018)

Descreve-se os resultados esperados conforme NOC nas tabelas 1 e 2.

Resultado esperado NOC: Estado respiratório – Definição: "Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos". (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2016)

Tabela 1 – Resultado de Enfermagem: Estado Respiratório

| Resultado de Enfermagem: | Estado Respiratório | NOC Basal | NOC Esperado |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------|---------------------|
| Indicadores: | Dispneia em repouso | 3 | 4 |
| | Saturação de oxigênio | 3 | 5 |
| | Ausculta de sons respiratórios | 4 | 5 |

Fonte: Avaliação baseada em *Nursing Outcomes Classification*, 2016.

Resultado esperado NOC: Estado de Deglutição – Definição: "Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago". (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2016)

Tabela 2 – Resultado de Enfermagem: Estado de Deglutição

| Resultado de Enfermagem: | Estado de Deglutição | NOC Basal | NOC Esperado |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------|---------------------|
| Indicadores: | Engasgo | 5 | 5 |
| | Tosse | 4 | 4 |

Fonte: Avaliação baseada em *Nursing Outcomes Classification*, 2016.

Intervenções de enfermagem NIC: Monitoração respiratória. Atividades: Monitorar níveis de saturação de oxigênio continuamente; monitorar quanto a dispneia; auscultar os sons respiratórios, observando as áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios. (BULECHEK et al., 2016)

Intervenções de enfermagem NIC: Alimentação por sonda enteral. Atividades: Monitorar quanto ao posicionamento correto da sonda por meio da inspeção da cavidade oral, checando resíduo gástrico, e ouvindo quando o ar é injetado e retirado; elevar a cabeceira da cama de 30° a 45° durante a nutrição; oferecer chupeta ao lactente durante a alimentação, conforme apropriado; segurar e conversar com o lactente durante a nutrição para simular as atividades habituais da amamentação; descontinuar a alimentação 30 a 60 minutos antes de abaixar a cabeceira; monitorar quanto ao crescimento/ganho de peso diariamente e utilizar técnica limpa ao administrar a alimentação por sonda. (BULECHEK et al., 2016)

Discussão

Examinando o histórico de enfermagem, foi elencado o diagnóstico de "Risco de aspiração", como uma situação de necessária intervenção do profissional enfermeiro, uma vez que o foco das principais intervenções de enfermagem devam voltar-se para os diagnósticos de risco, já que eles correspondem a um problema que pode ser evitado. Para montagem do diagnóstico é preciso elencar quais são os fatores de risco, que corresponderam a alimentação enteral, a presença da sonda oral, e o conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis, esses fatores precisam estar descritos no HE, para que se tenha uma relação entre as etapas.

Observando estes fatores que correspondem ao risco de aspiração e buscando preveni-lo, no Planejamento de Enfermagem estabeleceu-se os RE com base na taxonomia NOC, que foram avaliados através dos indicadores dispneia em repouso, saturação de oxigênio, ausculta de sons respiratórios, engasgo e tosse, utilizando a Escala Likert de 1 a 5, sendo 5 a melhor situação, descritos como NOC basal o resultado encontrado no momento da coleta do HE, e NOC esperado o que espera-se que o paciente alcance em 24 horas. Os indicadores escolhidos permitem avaliar se a respiração está sendo eficaz, já que a aspiração comprometeria este padrão. Ainda no planejamento, estabeleceu-se as intervenções de enfermagem e suas atividades para evitar a aspiração e garantir a alimentação adequada, com base na taxonomia NIC.

A primeira intervenção correspondeu a Monitoração Respiratória, que é definida como, "Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada", para tal foram demarcadas as atividades que possam monitorar o padrão respiratório quanto a saturação de oxigênio, a dispneia e aos sons respiratórios, para que sejam verificadas alterações precocemente e assim permitir intervenções.

A segunda intervenção denomina-se, Alimentação por Sonda Enteral, definida como, "Fornecimento de nutrientes e água por meio de uma sonda gastrointestinal". É notório que é baseado nesta intervenção que a prevenção do risco de aspiração ocorre mais diretamente. Assim sendo, elencou-se as atividades essenciais para o cuidado.

O monitoramento quanto ao posicionamento antes e depois da alimentação é essencial para checar se a sonda não está alocada no pulmão, para tal sugere-se realizar uma aspiração com a seringa para verificar se reflui resíduo gástrico, entretanto este parâmetro isolado não é considerado suficiente, assim é ideal auscultar a região espigástrica injetando pequena quantidade ar com a seringa pela sonda. (COLAÇO; NASCIMENTO, 2014)

Ademais, os estudos apontam ser imprescindível elevar a cabeceira da cama de 30° a 45° durante a nutrição, já que a manutenção do paciente em posição supina aumenta o risco de aspiração e refluxo gastroesofágico. Para segurança a cabeceira só deverá ser abaixada 30 a 60 minutos depois da alimentação. (COLAÇO; NASCIMENTO, 2014) A atividade que propõe oferecer a chupeta ao lactente durante a alimentação se dá devido ao estímulo da deglutição.

A atividade de monitoração do peso é destacada para evitar para verificar se a dieta oferecida está suprimindo as necessidades metabólicas, e não está influenciando no ganho de peso do lactente. No adulto também deve haver a monitoração no sentido de perceber perdas de peso. E por fim, a utilização da técnica limpa para administração da alimentação, afim de evitar complicações decorrentes, como infecção, já que tratamos de um lactente em processo de hospitalização, com dispositivos invasivos, diagnóstico de pneumonia, e em regime de tratamento. (LOPES, 2015)

Conclusões

Conclui-se que a alimentação por sonda nasoesférica deve receber atenção dos profissionais quanto aos cuidados necessários. Sendo atribuição do enfermeiro realizar e supervisionar estes cuidados, nota-se que prescrições elaboradas e pautadas em referenciais científicos são indispensáveis para assegurar o menor número de erros e que respalde a profissão através da documentação, assim vê-se o

Processo de Enfermagem como ferramenta eficaz para perceber as situações de saúde e doença e estabelecer Diagnósticos de Enfermagem para serem trabalhados.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358**. Rio de Janeiro, 2009.

COLAÇO, A. D., NASCIMENTO, E. R. P. Bundle de intervenções de enfermagem em nutrição enteral na terapia intensiva: uma construção coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.5, jul. 2014.

LOPES, M. M. S. **Alimentação por sonda e comportamento alimentar do lactente nascido prematuramente**. 2015. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria), Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015.

HEATHER, H. T., KAMITSURU, S. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S. JOHNSON, M. MAAS, M. **Nursing Outcomes Classification NOC**. 5. ed. New York: Elsevier, 2016.

BULECHEK, et al. **Nursing Intervention Classification NIC**. 6. ed. Porto Alegre: Elsevier, 2016.