

INCIDÊNCIA DE TRAQUEOSTOMIA NO DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

KELLY YANO, RAFAEL CASTANHO SILVA, ALCIRLEY DE ALMEIDA LUIZ,
SUELY MARIKO OGASAWARA, ERICA FERNANDA OSAKU
UNIOESTE, Cascavel, Paraná, Brasil
ericaosaku@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Um procedimento comum realizado no ambiente de terapia intensiva é a traqueostomia. Geralmente é realizada como um procedimento cirúrgico, mas há cerca de duas décadas a técnica habitual vem sendo substituída por manipulações simples que envolvem basicamente a punção e dilatação da traquéia e das partes moles adjacentes (PARK et al., 2004).

De acordo com Montovani, Bretan (1992) é um procedimento cirúrgico que ocorre com a abertura da traquéia através das diferentes camadas da linha média do pescoço, sendo que a ferida cirúrgica cicatriza por segunda intenção, e a abertura é mantida por uma cânula traqueal.

Indicada em pacientes com tempo prolongado de ventilação mecânica (VM), no manuseio daqueles com desmame difícil da prótese ventilatória ou para facilitar a higiene das vias aéreas, proporcionando maior segurança e conforto para o paciente permitindo assim, a retirada do tubo traqueal e a diminuição da sondação durante a ventilação mecânica (ARANHA et al., 2007).

Vários fatores podem ser considerados como de risco para desenvolver lesões pós-intubação na via aérea, tais como infecção, pressão elevada do balonete e do próprio tubo, choque hemodinâmico e a técnica utilizada (LIMA, MARQUES, TORO, 2009).

Segundo Nakanishi et al. (2001) em relação à intubação a vantagem da traqueostomia é que ela diminui o espaço morto e facilita a higiene das vias respiratórias. Entretanto, ela possui suas complicações, que serão mais ou menos intensas dependendo da idade e do estado do paciente, da doença primária, das lesões inflamatórias da mucosa traqueal, da habilidade da equipe cirúrgica, do material da cânula, do tipo de *cuff* e do tipo de ventiladores (pressão ou volume).

Quando efetuada por um cirurgião experiente, a traqueostomia é bem tolerada e apresenta baixa taxa de mortalidade. Pode ter complicações tanto precoces como tardias e devem ser bem conhecidas a fim de ser diagnosticadas rapidamente e com tempo suficiente para a implantação do tratamento adequado, evitando-se evolução desfavorável. Entre as principais complicações tardias observadas, temos a fístula traqueoesofágica precedida da estenose e hemorragia respectivamente (COELHO et al., 2001).

Ainda há controvérsias sobre a prática deste procedimento, devido à inexistência de diretrizes para selecionar qual paciente deve ser submetido a ela, assim como o período ideal para a sua realização. Estes fatores colaboram para que a sua realização seja baseada em aspectos clínicos subjetivos, transformando-a em decisão individual de cada serviço ou do próprio médico intensivista (ARANHA et al., 2007).

O objetivo deste estudo foi calcular a incidência de traqueostomias em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva. Como objetivos específicos verificar se a traqueostomia acelerou o processo de desmame da ventilação mecânica e analisar com quantos dias de ventilação mecânica foi realizado a traqueostomia e quantos dias após o paciente permaneceu em ventilação mecânica.

METODOLOGIA

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Unioeste, sob o protocolo 27935/2009.

Foi realizada uma análise retrospectiva através do banco de dados da Fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP, no período de julho de 2008 a junho de 2009.

Como critérios de inclusão foram considerados os pacientes que ficaram em ventilação mecânica por um período de no mínimo 24 horas e com idade superior a 15 anos.

Os dados foram analisados pela comparação de médias, medianas e desvio padrão, para todas as variáveis.

RESULTADOS

De julho de 2008 a junho de 2009 estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP no total de 339 pacientes. A população foi constituída por 213 pacientes que ficaram em ventilação mecânica por mais de 24h, com média de idade de 50,5 ($\pm 19,05$) anos.

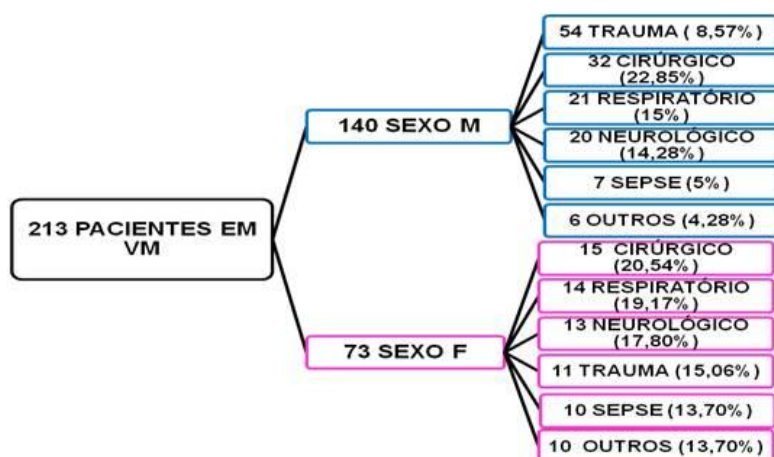
A causa de admissão na UTI encontra-se no organograma 1, os pacientes foram divididos em grupos de acordo com a causa de internação como cirúrgico (abdômen agudo, ferimentos por arma de fogo), neurológico (acidente vascular cerebral, tumores cerebrais), respiratório (pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica), sepse (choque séptico, choque hipovolêmico), traumas (traumatismo crânio encefálico, politraumas) e outros (insuficiência renal aguda, tétano).

Dos pacientes em ventilação mecânica 65 (30,51%) foram internados por trauma, 47 cirúrgico (22,06%), 35 respiratório (16,43%), 33 neurológico (15,49%), 17 sepse (7,98%) e 16 por outros motivos (7,51%).

A amostra foi composta por 87 (26,04%) pacientes os quais receberam a traqueostomia, em 18 (20,68%) houve a tentativa de desmame pelo menos uma vez, enquanto nos outros 69 (79,32%) não houve nenhuma tentativa de desmame antes da traqueostomia.

A porcentagem de traqueostomias realizadas de acordo com as causas de internamento encontra-se no gráfico 2. A mediana de ventilação mecânica pré traqueostomia foi de 9,5 ($\pm 4,63$) dias e pós de 10,5 ($\pm 7,12$) dias, sendo que houve falha da retirada da ventilação mecânica nos paciente com traqueostomia em média 5 ($\pm 2,89$) vezes. Antes da realização da traqueostomia 49 pacientes (56,32%) encontravam-se sedados.

O modo ventilatório utilizado pré traqueostomia foi: 47 em ventilação mandatória intermitente sincronizada – SIMV/PS (54,02%), 25 em ventilação assisto controlada - A/C (28,40%), 13 com ventilação com pressão de suporte - PSV (14,77%) e 2 com oxigenioterapia - Ayre (2,29%). Nos pacientes traqueostomizados 70 foram de alta (80,45%).



Organograma 1. Divisão dos pacientes por sexo de acordo com a causa de admissão

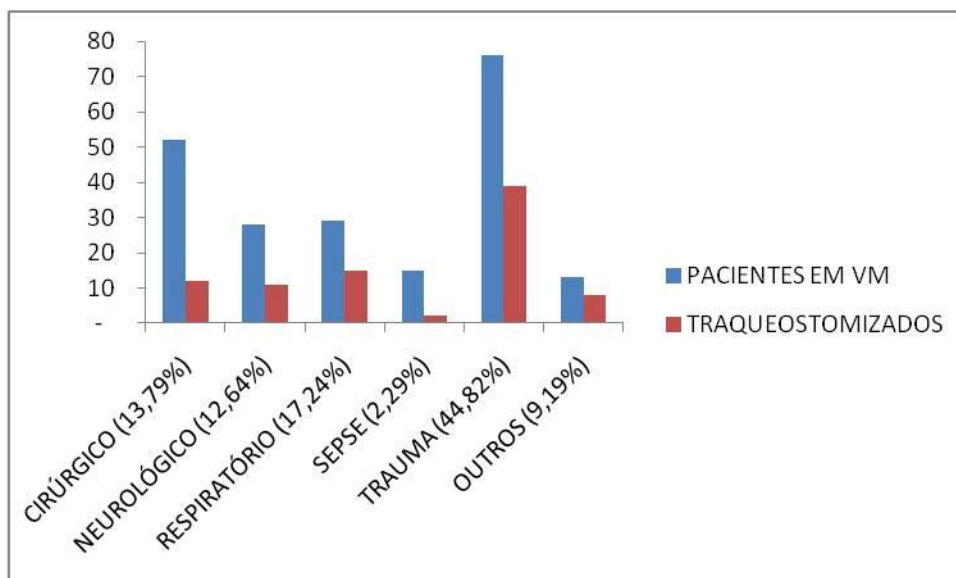


Gráfico 2. Traqueostomias realizadas de acordo com as causas de internação

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostram que a grande maioria dos pacientes internados em ventilação mecânica era do sexo masculino (65,72%) concordando com estudo de Burigo (2002) onde o número de internações masculinas também foi maior (69,01%). Na amostra populacional houve prevalência masculina devido ao fato de os homens estarem mais envolvidos com mortes violentas e não-naturais do que as mulheres, o que os predispõe ao uso da ventilação mecânica como suporte de tratamento.

A maioria das causas de admissão na UTI que necessitaram de ventilação mecânica foi traumática (30,51%), cirúrgico (22,06%) seguido de problemas respiratórios (16,43%), enquanto no estudo de Freitas e David (2006) grande parte do motivo de internação foi o pós-operatório, seguindo por pneumonia e sepse. Talvez essa diferença tenha ocorrido pelo fato do hospital estudado ser considerado de referência para alta complexidade e de referência para atendimento de politraumatizados.

A média de traqueostomias neste estudo foi de 26,04%, resultados elevado comparado com o estudo de Aranha et al. (2007), onde a porcentagem foi de 16,84%. Essa diferença pode ser explicada pela causa de admissão nas unidades, sendo a deste estudo de causa traumática enquanto no outro estudo foi devido a problemas respiratórios.

Porem os resultados deste estudo corrobora com os de Shirawi e Arabi (2005), onde a porcentagem de pacientes que necessitaram de traqueostomia variou entre 14% a 48%. Esses valores são devido aos benefícios da traqueostomia nos pacientes que sofreram um trauma e que estão na UTI.

A mediana de ventilação mecânica pré traqueostomia neste estudo foi de 9,5 ($\pm 4,63$) dias o que de acordo com o estudo de Pasini et al. (2007) pode ser considerada tardia, sendo considerada como traqueostomia precoce aquela realizada em até 7 dias em ventilação mecânica. Já no estudo de Arabi et al. (2004) a traqueostomia tardia teve uma média de 13,9 ($\pm 0,5$) dias.

No estudo de Pasini et al. (2007) foi comparado pacientes que realizaram traqueostomias precoce, intermediária e tardia com o tempo de ventilação mecânica total e durante o desmame da ventilação mecânica. No grupo traqueostomia tardia o tempo de desmame ventilatório foi de 6,5 ($\pm 2,9$) dias, enquanto nesse estudo foi de 10,5 ($\pm 7,12$) dias.

Quanto ao modo ventilatório utilizado pré traqueostomia 47 estava em SIMV/PS (54,02%), 25 em A/C (28,40%), 13 em ventilação com pressão de suporte-PSV (14,77%) e 2 em Ayre (2,29%) diferindo do estudo de Park et al. (2004) onde o modo ventilatório mais utilizado foi PSV em 56 pacientes, 14 em SIMV/PS e 8 em ventilação com pressão controlada (PCV). Essa diferença nos resultados dos estudos pode ter ocorrido porque neste trabalho a maioria dos pacientes ainda estavam sedados no momento da realização da traqueostomia consequentemente tendo poucas tentativas de desmame.

CONSIDERAÇÕES

Nesse trabalho a traqueostomia pode ser considerada como tardia de acordo com alguns estudos, sendo realizada em um período maior do que 7 dias. Porém como a maioria dos pacientes não estava em desmame da VM, a TQT pode ter sido realizada de forma precoce.

O tempo de desmame ventilatório na traqueostomia nesse estudo foi maior do que comparado a de outros autores, isto pode ter ocorrido pela não tentativa de desmame enquanto entubados, ou seja, a traqueostomia não acelerou o processo de desmame.

Assim, esse trabalho verificou a incidência de traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva mostrando que incidência foi elevada (26,04%), a maioria dos pacientes era do sexo masculino, a média de idade foi de 50,5 ($\pm 19,05$) anos e o procedimento foi realizado principalmente nos pacientes com trauma.

PALAVRAS CHAVE: respiração artificial, traqueostomia, desmame

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARABI, Y.; HADDAD, S.; SHIRAWI, N.; SHIMEMERI, A.A. Early tracheostomy in intensive care trauma patients improves resource utilization: a cohort study and literature review. **Critical Care**, v. 8, n. 5, oct./2004.

ARANHA, S.C.; MATALOUN, S.E.; MOOCK, M.; RIBEIRO, R.; Estudo comparativo entre traqueostomia precoce e tardia em pacientes sob ventilação mecânica, **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, pag. 444-449, out./dez./2007.

BURIGO, F.L.; Análise do Perfil Epidemiológico dos Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva em Ventilação Mecânica de um Hospital Universitário de Curitiba. **Tuiuti: Ciência e Cultura**, n. 36, FCBS 04, pg. 11-22, nov./2002.

COELHO, M.S.; ZAMPIER, J.A.; ZANIN, S.A.; SILVA, E.M.; GUIMARÃES, P.S.F. Fístula traqueoesofágica como complicação tardia de traqueostomia, **Jornal de Pneumologia**, v. 27, n. 2, pag. 119-122, mar./abr./2001.

FREITAS, E.E.C.; DAVID, C.M.N. Avaliação do Sucesso do Desmame da Ventilação Mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 18, n. 4, pag. 351-359, out./dez./2006.

LIMA, A.G.; MARQUES, A.; TORO, I.F.C.; Sequelas pós-intubação e traqueostomia cirúrgica aberta: devemos sempre fazer a istmectomia, **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 3, pag. 227-233, 2009.

MONTOVANI, J.C.; BRETAN, O. Traqueotomia. Análise retrospectiva de 120 pacientes. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 58, n. 2, pag. 84-87, abr./jun./1992.

NAKANISHI, M.; MONTOVANI, J.C.; NAKAJIMA, V.; MACHARELLI, C.A. Traqueotomia na Infância. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 67, n. 2, pag. 153-158, mar./abr./2001

PARK, M.; BRAUER, L.; SANGA, R.R.; KAJDACSZY-BALLA, A.C.; LADEIRA, A.J.P.; AZEVEDO, L.C.P.; TANIGUCHI, L.U.; CRUZ-NETO, L.M. Traqueostomia percutânea no doente crítico: a experiência de uma unidade de terapia intensiva clínica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 3, n. 30, pag. 237-242, fev./2004.

PASINI, R.L.; FERNANDES, Y.B.; ARAÚJO, S.; SOARES, S.M.T.P. A Influência da Traqueostomia Precoce no Desmame Ventilatório de Pacientes com Traumatismo Cranioencefálico Grave. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 2, pag. 176-181, abr./jun./2007.

SHIRAWI, N.; ARABI, Y. Bench-to-bedside review: Early tracheostomy in critically ill trauma patients. **Critical Care**, v. 10, n. 1, 2005.

Endereço para correspondência:

Erica Fernanda Osaku: UNIOESTE/ Colegiado de Fisioterapia - Rua Universitária, 2069. Bairro: Jardim Universitário. CEP 85819-110, Cascavel/Paraná - Brasil. Telefone: (45) 3220-3158. E-mail: ericaosaku@yahoo.com.br