

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

M E D I C I N A

TRAQUEOSTOMIAS: PERFIL DOS PACIENTES E COMPLICAÇÕES NAS TRAQUEOSTOMIAS ABERTAS REALIZADAS NO HUGG – EXPERIÊNCIA EM 10 ANOS

KARINA CARNEIRO DE MENEZES
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS)
Escola de Medicina e Cirurgia (EMC)

INTRODUÇÃO

A traqueostomia é o procedimento cirúrgico eletivo mais frequentemente realizado em pacientes críticos. Este é o procedimento de escolha nos pacientes que necessitam de ventilação mecânica prolongada, já que evita as complicações traqueais decorrentes da intubação translaríngea (oro ou naso-traqueal) e facilita o desmame da prótese ventilatória. (1-4)

A intubação orotraqueal é o procedimento inicial de escolha para o acesso à via aérea e a traqueostomia é o procedimento de escolha para manuseio da via aérea por tempo prolongado. Muitos desses pacientes se beneficiam de programas de suporte ventilatório prolongado mais apropriadamente manuseados com traqueostomias e mais facilmente desmamados da ventilação mecânica. (5,6)

Quanto à forma de realização, existem basicamente duas técnicas de execução do procedimento: traqueostomia percutânea e a traqueostomia convencional, também chamada aberta ou clássica. Ambos os métodos possuem variações técnicas assim como benefícios e limitações. (1,7)

São considerados benefícios propiciados pela traqueostomia: possibilidade de maior conforto ao paciente, redução da necessidade de sedação, possibilita menos esforço respiratório, maior segurança como via aérea para o paciente, possibilita melhor higiene oral, possibilita a fala precoce, associa-se à melhorias psicológicas para o paciente, propicia melhora da função laríngea à longo prazo, torna o desmame da ventilação mecânica mais precoce, possui menor risco de ocorrência de pneumonia associada à ventilação mecânica e reduz o tempo em unidade de terapia intensiva (1,2,5).

É considerado um procedimento seguro, podendo ser realizado no centro cirúrgico ou na própria unidade de terapia intensiva, desde que as condições do centro cirúrgico sejam reproduzidas neste ambiente.

Os temas mais controversos sobre o assunto são quanto o momento ideal de conversão eletiva da intubação orotraqueal para traqueostomia e, mais atualmente, quanto à melhor técnica de execução do procedimento. (5,8-10)

Este estudo tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à traqueostomia aberta realizadas pelo departamento de cirurgia torácica do HUGG e avaliar a incidência de complicações trans operatórias e pós operatórias, considerando o período de fevereiro de 2004 a outubro de 2013.

Os principais estudos internacionais e nacionais sobre o perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à traqueostomia, correlaciona os dados de características individuais dos pacientes à mortalidade, tempo de internação em unidade de terapia intensiva, tempo sob uso de ventilação mecânica e APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) (2,28-31). Infelizmente, os dados captados até o momento não são suficientes para sustentar uma discussão de impacto sobre a correlação do procedimento com a idade, a doença de base, o tempo de internação, o tempo de intubação orotraqueal prévio à traqueostomia, e à mortalidade desses pacientes. Esses dados são de fundamental importância para tornar este estudo relevante e envolvem os tópicos mais controversos sobre o assunto na atualidade. As limitações envolvem a captação dos dados presentes nos prontuários desses pacientes, disponíveis no SAME – HUGG, mas que por impedimentos técnicos tem dificultado a obtenção destes.

Os dados obtidos quanto as indicações relativas ao tempo de intubação orotraqueal prévio à traqueostomia é compatível com o que é preconizado na maioria dos estudos e guidelines, e reafirma que as decisões são individualizadas (1,4,6,8-10,12,22-25). Mostra, assim, que não existe consenso absoluto para indicação de tempo mínimo ou máximo exatos para realizar a traqueostomia, sendo essa decisão condicionada ao julgamento clínico da equipe assistente.

A inexistência de complicações trans operatórias e a baixa incidência de complicações pós operatórias, durante o período de 10 anos, demonstra que trata-se de procedimento simples e seguro.



13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

REFERÊNCIAS

1. Durbin, CG Jr. Tracheostomy: Why, When and How? Respiratory Care. August 2010; vol55 nº8: 1056-1068.
2. Frutos-Vivar F, Esteban A, Apezteguía C, Anzueto A, Nightingale P, González M, Soto L, Rodrigo C, Raad J, David CM, Mañtamis D, D'Empaire G; International Mechanical Ventilation Study Group. Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy. Crit Care Med. 2005; volume 33 nº2: 290-298.
3. Pryor, John P; Reilly, Patrick M.; Shapiro, Michael B. Managing the airway in the critically ill patient. Critical Care Clinics. July 200. Volume 16, nº3.
4. Fischler, Lukas; Erhart, Stefan; Gian-Reto, Kleger; Frutiger, Adrian. Prevalence of tracheostomy in ICU patients. A nation-wide survey in Switzerland. Intensive Care Med. 2000. Volume 26: 1428-1433.
5. Consensus Conference on Artificial Airways in Patients Receiving Mechanical Ventilation. Chest. July 1989.
6. McGrath, A.; Bates, L.; Atkinson, D.; Moore, J.A.; Multidisciplinary guidelines for the management of tracheostomy and laryngectomy airway emergencies. Anaesthesia 2012. Volume 67: 1025-1041.
7. Delaney et al. Percutaneous dilatational tracheostomy versus surgical tracheostomy in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. April 2006. Volume 10 Nº2.
8. Scales, Damon C. What's new with tracheostomy? Intensive Care Med. 2013. Volume 39: 1005-1008.
9. Durbin, CG Jr. Indications for and Timing of Tracheostomy. Resp Care. April 2005. Volume 50 Nº 4: 483-487.
10. Blot, François; Melot, Christian. Indications, Timing and Techniques of Tracheostomy in 152 French ICUs. Chest. April 2005. Volume 127 Nº 4: 1347-1352.