

O AUTO MANEJO DO FISIOTERAPEUTA EM PACIENTES CRÍTICOS TRAQUEOSTOMIZADO

Luiz Cesar ALVES (HNSD); Arabela Juanita SILVA (HNSD); Saulo Paulo Fonseca AMÉRICO (HNSD); Glenda Cruz BARBOSA (HNSD)

Introdução: Um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos na descrição médica, a traqueostomia (TQT) tem se modificado em sua técnica e indicações nas últimas décadas, principalmente a partir da criação das primeiras Unidades de Terapia Intensivo (UTI), nos anos 60. Descrita como a abertura da luz traqueal objetivando a inserção de prótese ventilatória pelo orifício recém-aberto, esse procedimento frequentemente realizado no bloco cirúrgico ou em uma UTI. **Objetivo:** A interação entre médico, fisioterapeuta e enfermeiro permite diminuir os riscos que possivelmente possa ocorrer durante um procedimento à beira do leito e tornando-o, mais seguro com menor risco de insucesso e complicações. Neste contexto, o objetivo apresentar a atuação do fisioterapeuta em procedimento de TQT à beira do leito. **Metodologia:** Estudo realizado de dezembro de 2011 a junho de 2012, incluindo pacientes submetidos à cirurgia de TQT a beira do leito. A busca de pacientes operados foi realizada através dados arquivados pela equipe de fisioterapia, considerando-se intervenções de toda a equipe que compõe no tratamento do paciente crítico. A indicação e os procedimentos da TQT foram feitos pela equipe médica da UTI/Adulto do Hospital Nossa Senhora das Dores-Itabira/MG. O fisioterapeuta nesse procedimento é responsável pelo posicionamento adequado, higienização de tubo endotraqueal e vias aéreas superiores pré, durante e após a cirurgia, adequar e monitorar parâmetros ventilatórios. **Resultados:** Dos 11 pacientes operados, 6 eram do gênero masculino e 5 do feminino, média de idade de 57,81. Dentre os diagnósticos destacam-se o acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica e politraumatizado. Na avaliação do número de dias de VM, foi obtido o resultado de uma média de 13, 81 dias de VM para os pacientes estudados. Inicialmente, os pacientes foram devidamente posicionados em decúbito dorsal com a cabeça em extensão com apoio de coxim entre as escapulas; realizado antes do procedimento cirúrgico, higienização do tubo endotraqueal e vias aéreas superiores pelo fisioterapeuta; a ventilação mecânica (VM), com a finalidade de se evitar hipoventilação e/ou hipoxemia, foi estabelecido: pressure controlled ventilation (mantendo VC adequado); fração inspiratória de oxigênio de (FiO₂) acordo com oximetria; frequência respiratória 12 a 14 ipm; pressão expiratória final positiva 6 a 8 cmH₂O (mais baixo tolerado sem dessaturar); antes da abertura do canal traqueal, o fisioterapeuta re-higieniza para não ocorrer broncoaspiração e eleva a (FiO₂); em seguida esvaziamento do cuff e aspiração no ato da retirada do TOT; introdução da cânula de traqueostomia pelo médico (conferir cuff); ao término reavaliar parâmetros ventilatórios e avaliar desmame da VM para os próximos dias. **Conclusão:** O procedimento é factível e segura junto a uma equipe, permitindo diminuir os riscos de insucesso e complicações. É importante a atuação de toda a equipe, uma vez que nenhuma categoria profissional é capaz de atuar completamente ou cuidar integralmente do grande espectro de demandas apresentado no cuidado ao paciente.

Palavras-chave: Unidade terapia intensiva. Ventilação mecânica. Traqueostomia.

Agências de fomento: HNSD