

CAUSAS DE FALHA NO DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DO CÂNCER I

Thayná Faker, Ana Cristina Machado Leão, Anke Bergmann

INTRODUÇÃO

A quantidade de pacientes com câncer que necessitam de suporte de ventilação mecânica aumentou consideravelmente nas últimas décadas. E a sobrevivência dessa população é extremamente baixa; a taxa de sobrevida em 1 ano é de 14,3%¹.

A ventilação mecânica de pacientes críticos pode ser iniciada por causas variadas, no entanto, deve-se sempre buscar dois objetivos finais: a descontinuação da ventilação mecânica e a retirada da via aérea artificial tão logo que seja possível². Deste modo, o termo desmame refere-se ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 h³.

O resultado do desmame é significativamente relacionado à sobrevida a longo prazo em pacientes com câncer que necessitam de ventilação mecânica, mesmo em pacientes com doença oncológica não controlada⁴. Vários estudos mostraram que um protocolo de desmame ajuda a melhorar os resultados desse processo e a sobrevida em pacientes críticos⁵.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a frequência e os fatores associados as falhas do desmame da VM em pacientes oncológicos traqueostomizados em uma unidade de terapia intensiva oncológica adulta.

Objetivos específicos

- Descrever as variáveis clínicas e demográficas da população do estudo.
- Identificar a ocorrência de óbito no período de internação.
- Identificar a frequência de falha no desmame da ventilação mecânica.

RESULTADOS

Foram selecionados para o estudo 30 pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital do Câncer I submetidos ao processo de desmame de ventilação mecânica. De acordo com a Tabela 1 onde está descrita a caracterização de nossa amostra podemos perceber uma maior prevalência do sexo masculino (63,3%), com uma mediana de idade de 61,17. Na amostra estudada, 53,3% dos pacientes estavam com doença oncológica controlada e 46,7% com doença ativa. A população foi dividida entre tumores sólidos (80%) e hematológicos (20%). Dos tumores sólidos, 30% eram da clínica da cabeça e pescoço, entre os hematológicos, 6,7% eram mieloma múltiplo.

Em relação ao tratamento oncológico, na nossa população a cirurgia (70%) foi o procedimento que mais foi executado nos pacientes. O tipo de internação na UTI foi em sua maioria por causas clínicas (66,6%), oriundos da enfermaria (16%), sendo o maior motivo de internação a sepse (56,7%). O principal motivo de uso da ventilação mecânica foi a pneumonia (36,7%), seguido por permanência na ventilação mecânica (VM) no pós-operatório imediato (23,3%) (tabela 2).

21 pacientes (70%) falharam no processo de desmame da ventilação mecânica. No período diurno, a maior causa de falha foi disfunção respiratória (66,7%), já no período noturno houve dificuldade na coleta por falta de registro no prontuário físico, sendo 60% das falhas sem informação. Em relação ao desfecho dos pacientes, 60% tiveram alta da UTI, no entanto, 70% dos pacientes foram a óbito durante o período de internação hospitalar, sendo apenas 30% com deliberação de cuidado paliativo (tabela 3).

CONCLUSÃO

Com o aumento da sobrevida do paciente oncológico, o número de internações por causas clínicas levando o paciente a necessidade de internação na unidade de terapia intensiva com o uso de ventilação mecânica tem aumentado consideravelmente. O contexto oncológico aponta para um pior desfecho para essa população. No entanto, a descontinuidade da ventilação mecânica feita de forma eficaz, melhora o prognóstico do paciente e aumenta o tempo de sobrevida. Fica evidente a necessidade de protocolos de desmame de ventilação mecânica que sejam realizadas por toda a equipe multidisciplinar para correção de falhas nesse processo fazendo com que o paciente tenha um melhor desfecho e mais qualidade de vida.

Tabela 1. Variáveis clínicas da população de estudo.

Variável	N	%
Idade		
Mediana de idade	61,17	
≥60	21	70
<60	9	30
Sexo		
Masculino	19	63,3
Feminino	11	36,7
Etilismo		
Sim	15	50,0
Não	14	46,7
Sem informação	1	3,3
Tabagismo		
Sim	15	50,0
Não	14	46,7
Sem informação	1	3,3
PS		
Sintomático	6	20,0
Fora do leito >50%	13	43,3
No leito >50%	9	30,0
Acamado	2	6,7
Câncer status		
Doença ativa	14	46,7
Doença controlada	16	53,3
Tipo de tumor		
Sólido	24	80
Hematológico	6	20
Tumor sólido		
Cabeça e pescoço	9	30
Abdômen	8	26,7
SNC	2	6,7
Mama	2	6,7
Torax	3	10
Tumor hematológico		
Mieloma Múltiplo	2	6,7
Leucemias	1	3,3
Linfomas	2	6,7
Outros	1	3,3

Tabela 2. Variáveis relacionadas a internação na UTI

Variável	N	%
Tratamento		
Cirurgia	21	70
Quimioterapia	9	30
Radioterapia	8	26,7
Origem		
Enfermaria	16	53,3
Emergência	4	13,3
Centro cirúrgico	4	13,3
UPO	6	20
Motivo da internação		
Monitorização de PO	5	16,7
Sepse	17	56,7
Insuficiência Respiratória	5	16,7
Choque hipovolêmico	1	3,3
Neurológico	1	3,3
PCR	1	3,3
Causa do uso da VM		
SARA	1	3,3
Pneumonia	11	36,7
EAP	1	3,3
Alteração SNC	2	6,7
Broncoaspiração	2	6,7
PO imediato	7	23,3
Sem informação	6	20
Infecção		
Sem sepse	8	26,7
Sepse	8	26,7
Sepse grave	2	6,7
Choque séptico	12	40
Drogas e tratamentos na UTI		
Aminas	28	93,3
Hemodialise	11	36,7
Cateteres	30	100
Transfusão	16	53,3
Sangramento	10	33,3
Massagem cardíaca	3	10
Cirurgia	9	30

Tabela 3. Variáveis de falha no desmame e desfecho

Variável	N	%
Falha no desmame		
Sim	21	70
Não	9	30
Causa da falha total/dia		
Disfunção Respiratória	14	66,7
Disfunção cardíaca	6	27,3
Delirium	3	10
Sem informação	10	25,6
Outros	3	12
Causa da falha total/noite		
Disfunção Respiratória	10	23,3
Disfunção cardíaca	13	29,5
Delirium	1	2,3
Sem informação	21	11,7
Outros	4	11,4
Alta da UTI		
Sim	18	60
Não	12	40
Cuidado paliativo		
Sim	9	30
Não	21	70
Óbito		
Sim	21	70
Não	9	30

REFERÊNCIAS

1. SHIH, C.-Y. et al. Incidence, Life Expectancy and Prognostic Factors in Cancer Patients under Prolonged Mechanical Ventilation: A Nationwide Analysis of 5,138 Cases during 1998-2007. *Critical Care (London, England)*, v. 17, n. 4, p. R144, 22 jul. 2013.
2. Alía, I.; Esteban, A. Weaning from mechanical ventilation. *Critical Care*, v. 4, n. 2, p. 72, 18 fev. 2000.
3. MacIntyre NR, Cook DJ, Ely EW Jr et al. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. A collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians, the American Association for Respiratory Care, and the American College of Critical Care Medicine. *Respir Care*, 2002;47(1):69-90.
4. Freeman BD, Borecki IB, Coopersmith CM, et al. Relationship between tracheostomy timing and duration of mechanical ventilation in critically ill patients. *Crit Care Med* 2005;33(11):2513-20.
5. Girard, T. D. et al. Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing Controlled trial): a randomised controlled trial. *Lancet* 371, 126-134, doi:10.1016/S01406736(08)60105-1 (2008).