

VARIAÇÃO DA PRESSÃO DO CUFF EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SEM PROTOCOLO DE MEDIÇÃO

LEANDRO PASCOUTTO²; karla Scorzelli Pascoutto Borges¹;

1. Clínica Flexfit Reabilitação Cardiopulmonar e Apneia do Sono; 2. Hospital Estadual Alberto Torres;

Autor principal: LEANDRO PASCOUTTO

A fisioterapia respiratória, já consolidada na área da saúde, tem tido seus procedimentos terapêuticos vistos também da forma preventiva dentro das unidades de terapia intensiva (UTI), utilizando dessa ciência específica para otimização do atendimento aos pacientes e os resultados em pesquisa aumentando diariamente de número e qualidade. Para os pacientes que necessitam de ventilação mecânica, a intubação orotraqueal com o tubo com balonete (Cuff) continua sendo o padrão ouro para a proteção das vias aéreas. Em comparação com outras ferramentas de vias aéreas, tubos orotraqueais são eficazes em evitar a broncoaspiração. (1) A microaspiração de secreções da orofaringe causados por hipoinsuflação do Cuff em pacientes intubados pode levar a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), aumentando a morbidade e mortalidade em pacientes em ventilação mecânica. Recomenda-se que pressão do Cuff (Pcuff) seja mantida entre 20-30 cmH₂O (2). Quando essa pressão cai para menos de 20 cmH₂O, o risco de ocorrência de eventos de broncoaspiração é aumentado em quatro vezes. De forma oposta, quando a pressão é maior que 30 cmH₂O, o Cuff pode danificar o tecido traqueal (2,3). Apesar do controle da Pcuff, a hipoinsuflação e a hiperinsuflação ocorrem com frequência nas unidades de terapia intensiva (UTI). A Pcuff é transmitida de forma direta para mucosas, e para evitar lesões é necessário observar o grau de pressão transmitida para a parede da traquéia. A pressão de perfusão sanguínea situa-se entre 25-35 mmHg (20-30cmH₂O) (2). Estes valores são considerados seguros para evitar lesões como isquemia dos vasos e outras importantes alterações precoces da mucosa traqueal, caracterizadas por edema celular, perda de cílios e des-camação do epitélio quando hiperinsuflado o Cuff. (4) A incidência de estenoses laríngea e traqueal após intubação varia entre 1,5% até 19%. (5) Neste trabalho, objetivamos mensurar pré e pós um período 24 horas o valor da Pcuff de pacientes intubados, numa unidade sem protocolo de verificação e sem aparelho específico de medição da Pcuff, mas com atenção voltada a não permitir a hipoinsuflação do Cuff. Método: Estudo transversal onde foram avaliados as mensurações de Pcuff de 12 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 27 e 71 anos, ventilando por TOT, em VM. Foram excluídos os pacientes menores de 16 anos, e aqueles com doenças do aparelho respiratório que causam alterações na traqueia. Todos os pacientes passaram pelo mesmo processo de aferição da Pcuff, composto por 3 etapas: 1) Aferição da Pcuff em decúbito dorsal, com cabeceira elevada a 30°, com grau de sedação -5 pela Richmond Agitation Sedation Scale (RASS), em VM no modo de pressão controlada, com 7 dias ou menos de intubação orotraqueal; 2) correção da Pcuff para um valor entre 20-30 cmH₂O, sendo aceitável o menor valor que não permita fuga aérea, certificado por ausculta na região cervical anterior; 3) aferição dos valores de Pcuff 24 horas após a correção, obedecendo o mesmo método do passo 1. Os pacientes não sofreram nenhum tipo de restrição, sendo realizada a rotina normal de um dia da UTI. Os dados foram tabulados com Microsoft Excel, e tratados estatisticamente utilizando teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados, e teste t de Student para definição das médias, e expressos em gráficos utilizando o software Graphpad Prism 6. Resultados: Durante a primeira aferição, foi encontrado valor médio de Pcuff de 51,5 cmH₂O, sendo o

menor valor 24 cmH₂O, e o maior 102 cmH₂O. Os dados foram corrigidos, obtendo uma média de 26,5 cmH₂O. Após 24 horas, foram novamente aferidos os dados da P_{cuff}, encontrando-se média de 51,5 cmH₂O, sendo o valor mínimo 18 cmH₂O, e máximo de 90 cmH₂O. Os dados da P_{cuff} entre a segunda aferição, dos valores corrigidos, e do momento 24 horas após, obteve significância estatística com $p= 0,0071$. Existem dados que evidenciam risco de lesão endotraqueal por mais de 24 horas (6,7).

Palavras-chave: Terapia Intensiva, Cuffometria, Microaspirações, Fisioterapia respiratória.