

Ligia Maria Alves dos Santos¹, Isabela Furtado de Mendonça Picinini², Paulo Fernando Souto Bittencourt³, Laura Maria de Lima Belizário Facury Lasmar⁴

1. Mestre em Saúde da Criança e Adolescente, pneumologista pediátrica do Hospital das Clínicas – HC/ UFMG
2. Mestre em Saúde da Criança e Adolescente, pneumologista pediátrica pela UFMG e coordenadora do Serviço de Assistência a Criança Traqueostomizada no Hospital Infantil João Paulo II
3. Doutor em Saúde da Criança e Adolescente, pelo Hospital das Clínicas – HC/ UFMG, pediatra e endoscopista.
4. Doutorado em Saúde da Criança e Adolescente .

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

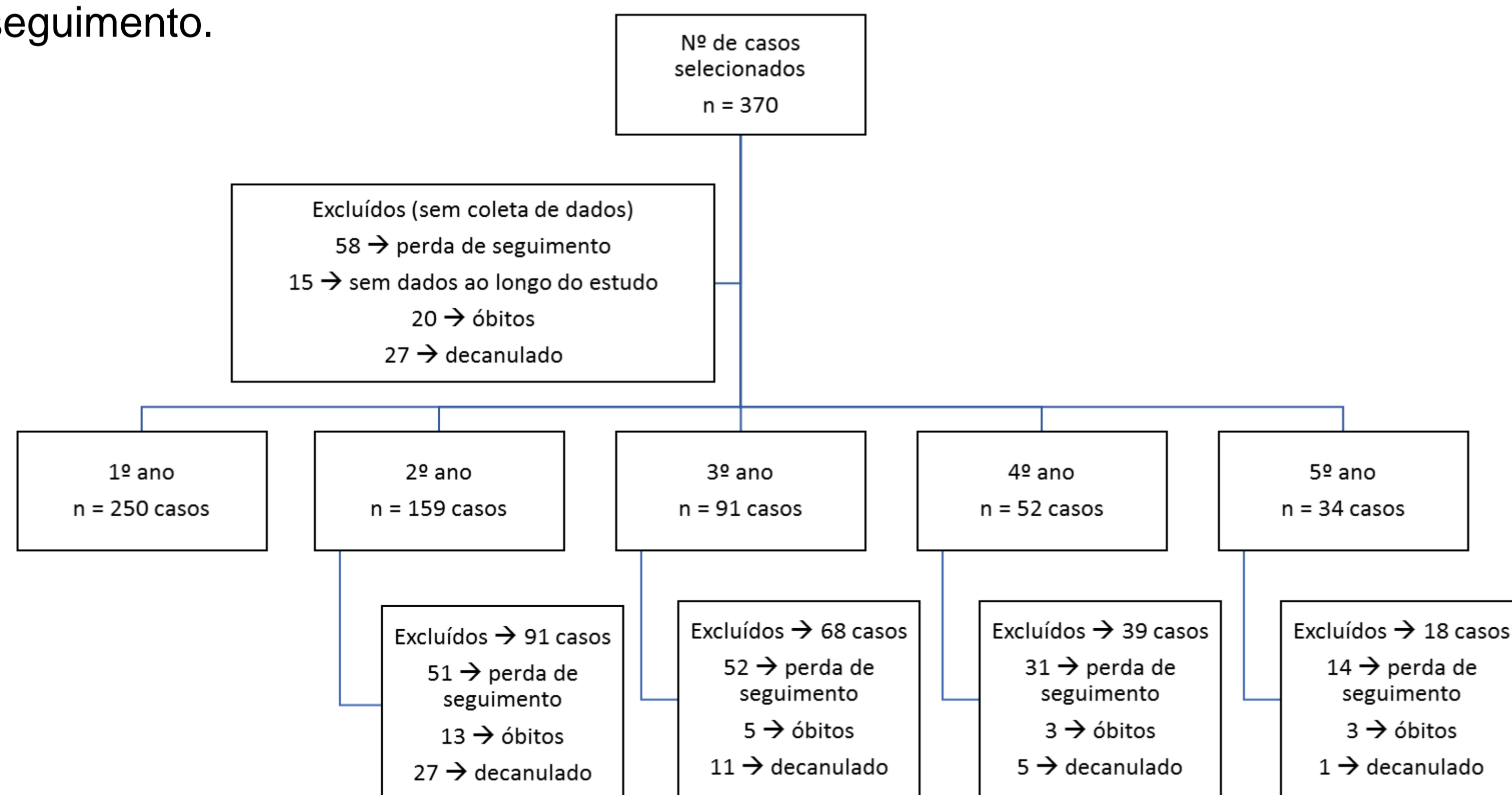
A traqueostomia pediátrica é um procedimento milenar que viveu importantes mudanças em suas indicações nas últimas décadas. Essas mudanças fazem parte de um novo cenário de pacientes pediátricos e com perspectivas peculiares. Inicialmente ela teve como objetivo tratar processos obstrutivos da via aérea de pacientes vítimas de processos infecciosos. Atualmente tem várias indicações que não as infecciosas^{1,2}.

As taxas de complicações são altamente variáveis na literatura, estão categorizadas em complicações precoces e tardias, tendo como referência o momento cirúrgico da sua realização. Essas taxas variam de 4 a 84%¹⁻⁶. Esta grande variabilidade é decorrente de diferentes conceitos operacionais sobre a definição de complicações.

Este estudo tem como objetivo estudar a prevalência e os fatores de risco associados às complicações clínicas de crianças e adolescentes traqueostomizados de serviço especializado na assistência a esses pacientes.

PACIENTE E MÉTODOS

Foi realizado estudo de coorte histórica com base na revisão retrospectiva dos dados do banco do Serviço Integral de Assistência à Criança Traqueostomizada (SAIT) do Hospital João Paulo II, sobre as crianças e adolescentes atendidos no período entre março de 2011 e julho de 2017, em Belo Horizonte, Minas Gerais. O SAIT conta com equipe multidisciplinar completa para o atendimento desse público. O período de coleta de dados foi o ano de 2018. Foram incluídos pacientes traqueostomizados e em acompanhamento no SAIT. Foram excluídos os com menos de um ano de seguimento clínico durante o período de coleta de dados, os com perda de seguimento, os que foram a óbito ou decanulados antes do primeiro ano de seguimento.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
 1. Hamoto CH, Lima BT. Indications and complications of tracheostomy in children. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76:326-31.
 2. Avelino MAG, Mounsel R, Valera FCP, Labianca Neto JF, Schweiger C, Miura CS, et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPE) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017; 83(5):498-506.
 3. Care of the child with a chronic tracheostomy. This official statement of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, Jul. 1999. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000; 161:297-308.
 4. Picinini FM, Bittencourt PS, Bigl IMG, Tavares LAF, Mesquita TCL, Lopes AM, et al. Modelo de assistência multidisciplinar à criança traqueostomizada. *Rev Med Minas Gerais*. 2016; 26(Supl 6):S19-S26.
 5. Waters KF. Tracheostomy in infant and children. *Respiratory Care*. 2017; 62:799-825.
 6. Wilcox LJ, Weber BC, Cunningham TD, Baldassari CM. Tracheostomy complications in institutionalized children with long-term tracheostomy and ventilator dependence. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016; 1-6.
 7. Dal'Astra AP, Quirino AV, Casilda JA, Avelino MA. Tracheostomy in childhood: review of the literature on complications and mortality over the last three decades. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017 Mar-Apr; 83(2):207-214.
 8. Can FK, Anil AB, Anil M, Gümmüsey L, Çiğdem H, Kandogan T, et al. The outcomes of children with tracheostomy in a tertiary care pediatric intensive care unit in Turkey. *Turk Pediatr Ars*. 2018; 53(3):177-84.
 9. Kremer B, Botos-Kremer AI, Eckel HE, SchIndorff G. Indications, complications, and surgical techniques for pediatric tracheostomies[ndash]An update. *J Pediatr Surg*. 2002; 37: 1556-1562.

RESULTADOS

Tabela 1: Característica descritivas dos pacientes

Variável	N
Sexo masculino% n=250	149(59,6)
Idade à admissão (anos) (méd; IQR) n=245	2,9 (1,3-11,2)
Idade de realização da traqueostomia (anos) (méd; IQR) n=238	1,2 (0,3-4,1)
Tempo entre a admissão e a TQT (meses) (méd; IQR) n=244	7,9 (3,6-21,8)
Tempo de intubação (dias) (méd; IQR) n=70	22 (13,8-30,5)
Indicação da traqueostomia n=250	
Obstrução de via aérea superior %	130(52)
Falência de extubação com diagnóstico broncoscópico de estenose glótica ou subglótica%	83(63,6)
Desordens neurológicas%	95(38)
SHI ou SFA%	26(28,6)
Intubação prolongada%	14(5,6)
Causas externas %	6 (2,4)
Anomalias craniofaciais %	4 (1,6)
Paralisia de corda vocal não adquirida%	1 (0,4)
Comorbidades (n=243)	188 (77,4)
Diagnóstico das comorbidades n=186	
Neurológica %	91 (48,9)
Múltiplas %	58 (30,9)
Pulmonar%	23 (12,4)
Cardíaca e outras %	14 (7,3)
Distúrbio de deglutição % n=227	130 (57,3)
Uso de oxigênio domiciliar n=240	60 (25)
Tipo de cânula na admissão n=245	
Plástica sem cuff %	87 (35,5)
Plástica com cuff%	71(29)
Metálica %	75 (30,6)
Siliconizada – Shiley – sem cuff %	4 (1,6)
Siliconizada – Shiley – com cuff%	5 (2,0)
Biesasky%	3(1,2)
SHI: síndrome hipóxico isquêmica, SFA: sofrimento fetal agudo. Procedência dos pacientes, Belo Horizonte 37,6%, região metropolitana 33,6% e interior de Minas Gerais 28,8%.	

Tabela 2 : Percentual de complicações clínicas por anos de acompanhamento

Tipos de Complicações	Período de Avaliação									
	Ano 1		Ano 2		Ano 3		Ano 4		Ano 5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	(n = 250)		(n = 159)		(n = 91)		(n = 52)		(n = 34)	
Obstrução	24	9,6	13	8,2	9	9,9	1	1,9	2	5,9
Decanulação acidental	28	11,2	15	9,4	6	6,6	8	15,4	2	5,9
Sangramento	17	6,8	12	7,5	3	3,3	7	13,5	1	2,9
Traqueíte	78	31,2	53	33,3	30	33	21	8,4	10	29,4
Lesão de Pele	36	14,4	18	11,3	14	15,4	4	7,7	2	5,9
Míiase	1	0,4	1	0,6	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Granuloma	21	8,4	15	9,4	6	6,6	2	3,8	2	5,9
Outras Complicações	0	0,0	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Complicação Global	138	55,2	94	59,1	52	57,1	30	57,7	17	50,0

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A complicação clínica mais encontrada foi a traqueíte, outros autores encontraram o granuloma como a mais comum^{6,9}. Em conclusão, a traqueostomia pediátrica é um tema ainda com muitas incertezas, fazendo-se necessária a realização de mais pesquisas, principalmente nos pacientes cronicamente traqueostomizados. A taxa de complicação desse público foi elevada, Essa taxa ficara dentro da variação encontrada em estudos anteriores⁶⁻⁸. Não teve aumento, ao longo dos anos de acompanhamento, apesar da alta complexidade dos pacientes.