TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO SOBRE A RECONSTRUÇÃO LARINGOTRAQUEAL OU RESSECÇÃO CRICOTRAQUEAL EM CRIANÇAS

TCC
ABORL-CCF
Nº 29

Indicado e recomendado pela Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

A Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico Facial recomenda a todos pacientes ou seus responsáveis a serem submetidos à cirurgia de **RECONSTRUÇÃO LARINGOTRAQUEAL OU RESSECÇÃO CRICOTRAQUEAL EM CRIANÇAS** que tomem ciência das informações abaixo descritas. De acordo com os princípios da ética profissional, que norteiam a relação médico paciente, o médico deve informá-lo sobre os efeitos e possíveis consequências de qualquer procedimento ou tratamento, respeitando o seu direito de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas. Cabe ao médico privilegiar as escolhas de seus pacientes desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. O presente documento fornece as informações básicas que todos devem conhecer a respeito de sua doença e do tratamento ora proposto.

Nome do Paciente: _____ Idade: _____

RG: _____ CPF: _____

Grau de escolaridade: _____

Responsável: _____

Nome do Médico: **DONALD TESTE QUITE**

CRM nº: **1234** Estado: SP

Data da realização do procedimento: ____/____/20_____ Data da informação sobre o procedimento: ____/____/20_____

O QUE É E POR QUE PODE SER NECESSÁRIO FAZER UMA RECONSTRUÇÃO LARINGOTRAQUEAL (RLT) OU RESSECÇÃO CRICOTRAQUEAL (RCT) NA INFÂNCIA:

A **RLT e a RCT** são cirurgias que podem ser realizadas tanto em adultos como em crianças para reconstruir uma laringe e/ou uma traqueia que apresentam estenose (obstrução). A **RLT** envolve a retirada de um pedaço de uma costela e colocação da mesma na laringe, para reconstruir e aumentar o tamanho da via aérea. A **RCT** consiste na retirada cirúrgica da parte obstruída da laringe e/ou traqueia. Elas podem ser realizadas em um só tempo (em que o paciente fica intubado por algum tempo após a cirurgia) ou em dois tempos (em que o paciente permanece com traqueostomia e algumas vezes com um molde na laringe por algum tempo após a cirurgia).

Os principais motivos para realizar uma RLT ou RCT na infância são:

1. Para aliviar uma obstrução da via aérea causada por lesões decorrentes de uma intubação traqueal, traumatismos da laringe e traqueia ou doenças inflamatórias da laringe e traqueia (estenose adquirida);
2. Para aliviar uma obstrução da via aérea causada por lesões congênitas (estenose congênita).

CIRURGIA

A **RLT e a RCT** são realizadas com anestesia geral em centro cirúrgico.

Todo o procedimento anestésico é realizado por médico especializado (anestesiologista da equipe do Hospital) e as funções vitais (batimento cardíaco, frequência respiratória, nível de oxigenação do sangue, nível de sedação, entre outras) são continuamente monitorizadas.

A cirurgia é realizada através de um corte no pescoço e, algumas vezes, de um pequeno corte no tórax também (se for necessário retirar uma parte de uma costela para reconstruir a laringe, como no caso da RLT).

O pós-operatório deve ser realizado em centro de terapia intensiva, independente da criança permanecer com traqueostomia ou permanecer intubada por alguns dias. Em crianças mais velhas pode ser possível a internação em enfermaria pediátrica, se a criança permanecer com traqueostomia.

A criança poderá ficar com drenos no corte do pescoço e no corte do tórax. Esses drenos serão retirados alguns dias depois da cirurgia.

Pode ser necessária também a colocação de um acesso venoso central, que consiste num cateter colocado dentro de uma veia calibrosa para a criança poder receber medicações no pós-operatório, como antibióticos e medicações para a sedação.

A criança geralmente fica com uma sonda para alimentação, até ter condições de se alimentar por via oral novamente. Pode também necessitar de uma sonda vesical (sonda colocada na bexiga para facilitar a saída da urina).

Se for optado por já retirar a traqueostomia no momento da cirurgia (cirurgia em um só tempo), a criança ficará intubada e sedada na UTI Pediátrica por vários dias. A sedação tem como objetivo a criança permanecer imóvel durante o período de cicatrização da laringe, enquanto o tubo estiver moldando a laringe reconstruída. A mobilização da criança durante este período deverá ser realizada pela equipe de enfermagem, tomando o cuidado para não mexer muito o pescoço seguindo as orientações do médico cirurgião.

Se a criança ficou com um molde na laringe e com a traqueostomia (cirurgia em dois tempos), será necessária uma nova anestesia geral em um período que pode variar de 2-12 semanas para a retirada do molde. Existem modelos variados de molde laríngeo que são sempre de uso único (descartáveis) e a maioria composto de material siliconado.

No acompanhamento após a cirurgia, serão necessárias laringoscopias de revisão, isto é, exames para visualizar o resultado da cirurgia por endoscopia de via aérea. Em alguns desses procedimentos talvez haja a necessidade de dilatações, aplicações de medicações na laringe e/ou recolocação do molde laríngeo, caso a estenose (obstrução da laringe) esteja se refazendo.

EFEITOS ADVERSOS DO PROCEDIMENTO

Dor e febre: podem ocorrer no pós-operatório, geralmente com fácil controle. Se a criança precisar ficar intubada no pós-operatório, a febre é bem comum e pode ser de mais difícil controle, muitas vezes melhorando somente quando a criança for extubada.

Vômitos: podem ocorrer algumas vezes, no dia da cirurgia ou após. O vômito pode conter raias de sangue.

Sangramento: é comum ocorrer a saída de sangue através da incisão ou por dentro da cânula de traqueostomia ou do tubo em pequena quantidade nos primeiros dias após a cirurgia. O controle do sangramento pode ser feito com medicações ou manobras simples como a aspiração cuidadosa.

RISCOS E COMPLICAÇÕES

Hemorragia: embora pouco frequente, o sangramento volumoso através da incisão no pescoço ou da cânula pode ocorrer, mais comumente nos primeiros dias após a cirurgia. Em casos mais raros, pode ocorrer sangramento persistente e volumoso, o qual poderá necessitar reabordagem cirúrgica e até transfusão sanguínea. A necessidade de transfusão e a morte por hemorragia são extremamente raras.

Infecção, abscesso, hematoma e enfisema cervical: raramente ocorrem, devendo ser controlados com curativos, drenagem e antibióticos. O enfisema cervical (presença de ar abaixo da pele) pode significar uma grave complicação chamada “deiscência de sutura da traqueia”, que significa que os pontos dentro da traqueia e laringe se romperam e o ar saiu da via aérea e entrou embaixo da pele. Se essa complicação ocorrer, pode ser necessária uma reoperação e/ou recolocação da traqueostomia.

Pneumotórax: Ocorre quando, durante o procedimento, há lesão na parte superior dos pulmões e escape de ar deles para o tórax, ou nos primeiros dias após a cirurgia, por problemas na ventilação da criança ou deslocamento da cânula de traqueostomia. Em casos mais graves pode restringir a respiração e a criança necessitar de drenagem do tórax. O pneumotórax pode também ocorrer devido ao corte no peito do paciente para a retirada de parte da costela para reconstruir a laringe. O tratamento é o mesmo já descrito acima (drenagem do tórax).

Complicações associadas à sedação em UTI: A sedação pode causar diversos problemas, como, por exemplo, queda da pressão arterial e dos batimentos cardíacos (necessitando medicações para tratar isso), e abstinência (quando ocorrem sintomas pela retirada da medicação) com agitação e choro, também necessitando de medicamentos para controlar esses sintomas. A abstinência pode durar vários dias após a retirada da sedação.

Falhas de extubação: Se a criança ficou intubada na UTI após a cirurgia, geralmente será extubada entre 4 a 7 dias após o procedimento. A extubação pode falhar, isto é, a criança pode não conseguir respirar sozinha após a retirada do tubo e pode necessitar a recolocação do tubo. Isso pode ocorrer por vários motivos: edema (inchaço) da laringe, problemas pulmonares, dentre outros. Se isto ocorrer, geralmente tenta-se uma nova extubação em alguns dias.

Escaras de pressão: São feridas que ocorrem na pele por pressão causada pelo peso da criança no colchão da cama da UTI. Elas podem ter profundidade e gravidade diversas. Na maioria das vezes, apenas curativos são necessários para tratar as escaras, mas cirurgia pode ser necessária nas mais graves.

Necessidade de reoperação (traqueostomia, RLT ou RCT): A estenose é uma doença que tende a recorrer, isto é, a voltar. Portanto, às vezes, se o resultado de uma cirurgia não for bom e a estenose recorrer, pode ser necessário refazer a traqueostomia e/ou a RLT ou a RCT.

Formação de granulomas: Granulomas são lesões que podem ocorrer devido ao processo de cicatrização. Podem se formar ao redor da abertura da traqueostomia ou dentro da traqueia. Granulomas pequenos e não obstrutivos podem ser resolvidos com curativos e cuidados locais. Granulomas mais extensos podem necessitar de ressecção cirúrgica.

Saída acidental da cânula de traqueostomia: Quando ocorre nos primeiros dias após a cirurgia, antes de o trajeto entre a pele e a traqueia estar bem cicatrizado, pode ser difícil reposicionar a cânula. Mais raramente, pode ser necessário reposicionar a cânula em centro cirúrgico.

Falso trajeto da cânula: Movimentos intempestivos da criança ou a manipulação excessiva da cânula podem fazer com que ela saia de dentro da traqueia e ocupe outras posições dentro do pescoço. Cânulas mal posicionadas podem lesar estruturas vasculares, causar hemorragia, lesar o esôfago, entre outros. Além disso, a respiração pode ser comprometida.

Rouquidão: Pode haver graus variados de comprometimento da voz que dependerão das características da estenose e da cicatrização da cirurgia. Mais raramente pode ocorrer também paralisia das pregas vocais secundária a manipulação cirúrgica dos nervos laríngeos. A maioria dos casos evolui com uma voz satisfatória ainda que alterada.

MÉTODOS ALTERNATIVOS

A criança pode permanecer com a traqueostomia por toda a sua vida como método alternativo a RLT ou RCT, mas isso trará todos os problemas relacionados à traqueostomia (problemas para falar, risco de obstrução da cânula, necessidade de trocas de cânula periódicas, etc). Isso deve ser discutido com o médico assistente, e os riscos da permanência da traqueostomia e da cirurgia de RLT ou RCT devem ser considerados.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Cirurgia em dois tempos:

1. Logo após a cirurgia é importante não deixar a cânula sair do lugar até que o trajeto entre a pele e a traqueia esteja bem cicatrizado. Para isto as crianças devem ser mantidas sob observação e calmas, se preciso sob sedação.
2. Deve-se manter uma boa higiene da pele ao redor da cânula e das incisões (cortes).
3. Deve-se manter a cânula limpa, desobstruída e livre de secreções.
4. Realizar trocas periódicas da cânula de acordo com as especificações do fabricante. As trocas devem ser realizadas por profissional habilitado ou pelos cuidadores que devem ser treinados para situações de urgência. Recomenda-se que os cuidadores tenham cânulas extras no momento da alta para essas eventuais urgências.
5. A criança receberá no momento da alta as orientações de quando deverá retornar ao hospital para retirada do molde e avaliação do resultado da cirurgia.

Cirurgia em um só tempo:

1. Se a criança não permanecer com a traqueostomia, provavelmente no momento da alta já não terá mais que fazer curativos ou ter maiores cuidados com os cortes, que já deverão estar cicatrizados.
2. Pode haver dificuldade para respirar e rouquidão que devem ser monitoradas de perto após a alta hospitalar que deverá ocorrer após exame para verificar se o processo cicatricial está ocorrendo adequadamente.

CONCLUSÃO

A RLT e a RCT são cirurgias realizadas para desobstruir a via aérea estreitada por uma estenose.

Considero suficientes as informações e esclarecimentos prestados pelo médico assistente, inclusive quanto a alternativas diagnósticas e terapêuticas, para minha tomada de decisão quanto a submeter-me à cirurgia ora proposta, e a todos os procedimentos que a incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais da saúde.

Estou também ciente quanto à necessidade de respeitar integralmente as instruções que foram fornecidas pelo(a) médico(a), pois a sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais.

Declaro, igualmente, estar ciente de que a evolução do procedimento e do tratamento podem obrigar o médico a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o mesmo autorizado, desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento com o compromisso de me informar sobre tais modificações no primeiro momento possível.

Desta forma, levando em conta todas as informações prestadas, tendo as minhas dúvidas e questões devidamente esclarecidas, tomo a decisão de submeter-me ao procedimento ora proposto.

Declaro que li o texto acima e que os procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e métodos terapêuticos alternativos possíveis.

SIM: __ NÃO: __

Tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível.
SIM: __ NÃO: __

Cidade: _____ Estado: _____ Data: ____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente (ou responsável): _____

Nota: Artigo 34 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2217/2018) e Artigo 9º da Lei nº 8.078/90 - É vedado ao médico deixar de informar o paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação ao seu representante legal.