

Traqueostomia em pacientes sob ventilação mecânica: quando indicar?

Tracheostomy in patients on mechanical ventilation: when is it indicated?

Arthur Vianna

A traqueostomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos, com relatos em livros de medicina Hindu, nos anos 1500 BC. A epidemia de difteria na Europa, em 1850, tornou o procedimento popular na prática médica, realizado, então, para aliviar a obstrução das vias aéreas superiores.⁽¹⁾ Coube a Chevalier Jackson a padronização do procedimento, em 1909, e sua técnica cirúrgica persiste, com mínima modificação, até os dias de hoje. Com o controle da difteria, através de antibióticos e antitoxina, o procedimento entrou em desuso. Na década de 50, com a epidemia de poliomielite e o uso da ventilação com pressão positiva intermitente, aumentou o interesse pelo procedimento. No início dos anos 60, com o surgimento da vacina Sabin, o procedimento caiu em desuso. Em meados da década de 60, com o advento de ventiladores com pressão positiva e o surgimento da unidade de terapia intensiva (UTI), a traqueostomia finalmente conquista um espaço no suporte ventilatório de pacientes críticos. Nos pacientes com suporte ventilatório prolongado, há grandes benefícios com a realização da traqueostomia, tais como: menor taxa de auto-extubação, melhor conforto para o paciente, possibilidade de comunicação do paciente, possibilidade da ingesta oral, melhor higiene oral e manuseio mais fácil pela enfermagem.⁽¹⁻⁶⁾ Desta maneira, nos casos em que a extubação é improvável dentro de 10 a 14 dias, a traqueostomia deve ser considerada; e, nos pacientes nos quais, antecipadamente, já se prevê um tempo de ventilação superior a 14 dias, a traqueostomia deve ser considerada o mais breve possível. A traqueostomia permite a transferência dos pacientes da UTI para unidades de menor complexidade, sendo possível até a alta hospitalar com suporte ventilatório domiciliar.^(1,2)

Tradicionalmente, a traqueostomia cirúrgica aberta tem sido feita por muitos cirurgiões em sala operatória e, em muitas instituições, estes permanecem o método e local de escolha. Nos últimos anos, contudo, vários métodos de traqueostomia percutânea à beira do leito vêm sendo introduzidos. A mais popular técnica atual é a traqueostomia percutânea de dilatação. Esta técnica foi inicialmente descrita por Ciaglia em 1985,⁽¹⁾ que utilizou a técnica de Seldinger e vários dilatadores progressivos. Desde a descrição de Ciaglia, muitas publicações na literatura médica estudam esta nova técnica, avaliando benefícios, riscos, além de

variações da técnica original de Ciaglia. Dentre as variações mais importantes: 1) A punção traqueal passa a ser abaixo da cricóide, geralmente entre o primeiro e segundo anel traqueal, o que diminui a incidência de estenose traqueal; 2) Utilização de dilatador único, que substitui os múltiplos; e 3) Utilização da monitorização com a broncofibroscopia. O auxílio da broncofibroscopia é interessante, mas não obrigatório.⁽³⁾ O dilatador único tem a vantagem de diminuir o tempo do exame, em média 6 min, e ainda minimizar a perda do volume corrente perdido na troca dos dilatadores progressivos. Inicialmente, o custo reduzido da traqueostomia percutânea foi uma razão importante que a levou a ganhar popularidade nos Estados Unidos e outros países. A tendência em relação à cirurgia invasiva mínima e o desenvolvimento de serviços de intervenção em especialidades não cirúrgicas aumentaram o interesse, já de si considerável, na traqueostomia percutânea. Quando foi introduzida, os seus proponentes apontaram para a facilidade de realização, um perfil seguro comparável ao da traqueostomia de cirurgia aberta, que reduzia significativamente os encargos hospitalares e dava um uso mais eficiente aos recursos financeiros na unidade de cuidados intensivos. O custo era reduzido porque não havia os custos da sala de operações ou o pagamento do anestesista. A traqueostomia percutânea como procedimento em doentes em estado crítico abriu as portas para a traqueostomia de cirurgia aberta junto à cama do doente. Esta se desenvolveu nas últimas décadas, com relatos de segurança comparáveis aos da percutânea.⁽²⁾ Independente da técnica a ser utilizada, o melhor local de realização da traqueostomia ainda é motivo de discussão. Em um estudo francês publicado em 2005,⁽⁵⁾ foram analisados pacientes submetidos à ventilação mecânica em 152 UTIs, e observou-se uma preferência pela realização do procedimento no centro cirúrgico em 35,5% dos casos, enquanto que a realização da traqueostomia na UTI foi relatada em 24%. Neste trabalho, foi facultada a opinião 'às vezes' e 'raramente'. É importante mencionar que a traqueostomia cirúrgica foi escolhida por médicos franceses em 73%, trazendo a possibilidade de preferência do cirurgião em realizar a traqueostomia no centro cirúrgico. Este fato é confirmado em pesquisa sobre a traqueostomia na Holanda. Neste país, nas UTIs que preferiam a técnica

percutânea, 94% destes procedimentos eram realizados na própria unidade. Nas UTIs que preferiam a técnica cirúrgica, 76% dos procedimentos eram realizados no centro cirúrgico.⁽¹⁾

Deve-se também levar em consideração que o transporte de pacientes em ventilação mecânica para o centro cirúrgico não é isento de risco. Transportando-os desnecessariamente, estaremos aumentando o risco de desenvolverem pneumonia associada à ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, hipoxia, arritmias, extubação não programada, perda acidental de acesso venoso e funcionamento inadequado de algum equipamento, como ventilador de transporte ou bombas de infusão.⁽⁴⁾

O trabalho publicado nesta edição do *Jornal Brasileiro de Pneumologia* por Perfeito et al. avalia a factibilidade, complicações e mortalidade da traqueostomia realizada à beira do leito na UTI. Trata-se de um trabalho retrospectivo, com revisão de 73 pacientes submetidos ao procedimento, em 2003. Em todos os casos, a técnica foi cirúrgica. A incidência de sangramento e as complicações locais foram pequenas. Não houve óbitos ligados ao procedimento. Trata-se de um trabalho prático e interessante, que relata a experiência deste grupo com este procedimento na UTI. Assim como outros trabalhos publicados,^(3,6) os autores mostram a segurança da traqueostomia cirúrgica em pacientes críticos à beira do leito, com baixa taxa de complicações, além de se evitar o transporte desnecessário

destes. Sabe-se que, no mundo, a traqueostomia na UTI está longe de ser uma técnica padronizada quanto ao tempo de entubação, técnica utilizada e localização do procedimento.^(1,5) Conhecer a nossa realidade é um passo para que haja menos complicação e mais sucesso com o procedimento.

Arthur Vianna

Coordenador do Serviço de Terapia Intensiva da Clínica São Vicente, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Coordenador da Comissão de Terapia Intensiva da SBPT

Referências

1. Fikkers BG, Fransen GA, van der Hoeven JG, Briede IS, van den Hoogen FJ. Tracheostomy for long-term ventilated patients: a postal survey of ICU practice in The Netherlands. *Intensive Care Med.* 2003;29(8):1390-3.
2. Ciaglia P, Firsching R, Syniec C. Elective percutaneous dilatational tracheostomy. A new simple bedside procedure; preliminary report. *Chest.* 1985;87(6):715-9.
3. Park M, Brauer L, Sanga RR, Amaral AC, Ladeira JP, Azevedo L, et al. Traqueostomia percutânea no doente crítico: a experiência de uma unidade de terapia intensiva clínica. *J Bras Pneumol.* 2004;30(3):237-42.
4. Stevenson VW, Haas CF, Wahl WL. Intrahospital transport of the adult mechanically ventilated patient. 2002;8(1):1-35.
5. Blot F, Melot C; Commission d'Epidémiologie et de Recherche Clinique. Indications, timing, and techniques of tracheostomy in 152 French ICUs. *Chest.* 2005;127(4):1347-52.
6. Vianna A, Rangel D, Saboya LF, Alves A, Aguiar A, Kalichshtein M, et al. Survey of tracheostomy in the intensive care unit. *Critical Care.* 2007;11(Suppl 3):S113.