

Carta ao Editor

Traqueostomia à beira do leito: considerações práticas

Bedside tracheostomy: practical considerations

Ricardo Mingarini Terra¹, Angelo Fernandez¹, Ricardo Helbert Bammann²

Parabenizamos Perfeito et al.⁽¹⁾ pelo artigo original publicado na última edição de 2007 do *Jornal Brasileiro de Pneumologia* e compartilhamos a opinião de que a traqueostomia convencional à beira do leito é viável e segura. Nossa experiência com a técnica é semelhante à descrita, com 4,3% de complicações numa amostra de 552 pacientes estudados.⁽²⁾ Em nosso trabalho, concluímos que a traqueostomia poderia ser realizada à beira do leito com segurança, mesmo em pacientes obesos, muito idosos, com pós-trauma raquimedular, etc., fatores previamente descritos como contra-indicação à traqueostomia fora de Centro Cirúrgico.⁽³⁻⁵⁾ Também analisamos outras variáveis, como o tempo médio do procedimento (19 min) e o custo estimado da operação em nosso meio (253 USD para a técnica aberta e 494 USD para a técnica percutânea na própria UTI; e 496 USD para a técnica aberta no Centro Cirúrgico).

Ressaltamos, no artigo de Perfeito et al., a preocupação com o importante tema do treinamento de residentes, que deve ser o objetivo de um hospital de ensino. Por ser considerado um procedimento cirúrgico simples, a traqueostomia é freqüentemente delegada a cirurgiões menos experientes, sem a devida supervisão. Esta falta de experiência, em um ambiente com menos recursos, pode ter consequências indesejáveis, desde o aumento desnecessário do tempo operatório, desgaste da equipe de apoio - não habituada a dificuldades cirúrgicas - até complicações mais desastrosas, principalmente as ligadas à manutenção da ventilação assistida. Sem dúvida, a presença de um cirurgião habituado a manipular o acesso à via aérea é condição importante para a segurança e bons resultados do procedimento.

Todavia, o aspecto principal a ser lembrado neste contexto é que a UTI é um ambiente dinâmico e multidisciplinar. Logo, as equipes de intensivistas, enfermeiros e fisioterapeutas devem participar ativamente do processo. Muitas vezes, o desconhecimento leva à resistência quanto à implantação do método e, portanto, a educação continuada é essencial para que todos se sintam seguros e à

vontade para a realização da traqueostomia neste ambiente. Um protocolo rígido e de conhecimento de todos os envolvidos deve ser estabelecido e seguido, de acordo com as condições e particularidades de cada instituição. A traqueostomia à beira do leito deve ser uma rotina do serviço, e não uma indicação esporádica para os casos mais graves, com risco de transporte, pois estes pacientes são os que menos suportam períodos de apnéia e estão sob maior risco nos momentos de troca de tubo, especialmente quando o procedimento é feito por uma equipe pouco treinada. Devem estar incluídos neste protocolo: a indicação clínica; o consentimento do paciente ou responsável; o material; os recursos humanos necessários; a técnica cirúrgica; e os cuidados pós-operatórios (fixação correta da cânula, pressões nos balonetes, seguimento tardio até decanulação, etc). Considerando estas premissas, em conjunto com Perfeito et al., a quem congratulamos por levantar um tema tão importante, acreditamos que a traqueostomia convencional pode ser realizada à beira do leito com segurança, constituindo uma opção adequada para pacientes em ventilação mecânica prolongada.

Referências

1. Perfeito JA, da Mata CA, Forte V, Carnaghi M, Tamura N, Leão LE. Tracheostomy in the ICU: Is it worthwhile? *J Bras Pneumol* 2007;33(6):687-90.
2. Terra RM, Fernandez A, Bammann RH, Castro AC, Ishy A, Junqueira JJ. Open bedside tracheostomy: routine procedure for patients under prolonged mechanical ventilation. *Clinics* 2007;62(4):427-32.
3. Upadhyay A, Maurer J, Turner J, Tiszenkel H, Rosengart T. Elective bedside tracheostomy in the intensive care unit. *J Am Coll Surg* 1996;183(1):51-5.
4. Wease GL, Frikker M, Villalba M, Glover J. Bedside tracheostomy in the intensive care unit. *Arch Surg* 1996;131(5):552-4; discussion 554-5.
5. Massick DD, Yao S, Powell DM, Griesen D, Hobgood T, Allen JN, et al. Bedside tracheostomy in the intensive care unit: A prospective randomized trial comparing open surgical tracheostomy with endoscopically guided percutaneous dilational tracheostomy. *Laryngoscope* 2001;111(3):494-500.

1. Médico Assistente. Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP - São Paulo (SP) Brasil.
2. Cirurgião Torácico. Instituto de Infectologia Emilio Ribas, São Paulo (SP) Brasil.