

O suporte ventilatório no século 21 visa a evitar a lesão induzida pela ventilação mecânica e melhorar a sincronia paciente-ventilador

*Carmen Sílvia Valente Barbas,
Professora Livre Docente da Disciplina de Pneumologia da
FMUSP e Médica Intensivista e Pneumologista do HIAE*

Carmen Sílvia Valente Barbas – Professora Livre Docente da Disciplina de Pneumologia da FMUSP e Médica Intensivista e Pneumologista do HIAE.

O suporte ventilatório mecânico no século 21 visa a evitar as lesões associadas à ventilação mecânica, especialmente as lesões causadas por volumes correntes altos na Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) que acontecem muitas vezes sem os clínicos estarem cientes do que está ocorrendo com os pacientes nas unidades de terapia intensivas aumentando sua mortalidade. Assim, o conhecimento das diversas formas de lesões causadas pela ventilação mecânica, muitas vezes não perceptível à beira leito, é de fundamental importância para podermos evitá-las (Tucci e cols., 2012). Nesse contexto, vêm sendo utilizadas manobras de recrutamento (Leme e Santos, 2012), titulação da PEEP com o auxílio de métodos modernos de imagem (Matos e Barbas, 2012) ou ainda o uso de suporte ventilatório associado a circulação extra-corpórea nos casos de insuficiência respiratória hipoxêmica grave (Saddy, 2012).

Outro aspecto bastante estudado nos últimos anos é a melhora da sincronia entre o paciente e ventilador mecânico, especialmente como usar métodos assistidos de ventilação mecânica em pacientes com a mecânica pulmonar comprometida (Moraes e Saddy, 2012) ou ainda o surgimento de novos modos ventilatórios que nos permitem medir parâmetros de mecânica respiratória e estimar o trabalho respiratório em modos assistidos de ventilação como no modo PAV-plus (Couto e Barbas, 2012) ou ainda um novo modo ventilatório que permite medir o *drive* neural diafragmático através da colocação de um cateter esofágico e disparar o ventilador mecânico mesmo antes da contração muscular diafragmática, permitindo a sincronização expiratória, sendo ideal para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica e crianças (Kanzato, 2012).

Finalmente, após adequação do suporte ventilatório e reversão da insuficiência respiratória, devemos iniciar a retirada do paciente do ventilador mecânico através do conhecimento adequado dos índices de desmame (Nemer e Barbas, 2012). Nos pacientes muito graves e naqueles com previsão de suporte ventilatório prolongado a indicação e momento ideal da realização da traqueostomia é especialmente importante para tentativa de diminuição do tempo de ventilação mecânica (Vianna e Aragon, 2012).