

## **CUIDADOS VENTILATÓRIOS DURANTE O PROCEDIMENTO DE GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA PERCUTÂNEA**

DOENÇA DO NEURÔNIO MOTOR-DNM e ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA-E.L.A

As doenças neuromusculares, cursam com fraqueza muscular progressiva e inclusive de toda a musculatura inspiratória, expiratória e bulbar, a hipoxemia é secundária a hipercapnia noturna e resultante de hipoventilação noturna, portanto, sua correção sempre deve estar associada a ventilação e nunca a oxigenoterapia ofertada em forma de máscara ou cateter. Esta só deve ser utilizada, associada à ventilação.

A pessoa com DNM/ELA, em uso de ventilação mecânica não invasiva – VMNI, através de ventilador mecânico de suporte pressórico ou de suporte a vida, com indicação de uso noturno e até dependência total do ventilador, é o público alvo dessas recomendações.

**Para a segurança do procedimento, considerando a patologia de base e o padrão pulmonar restritivo, devemos adotar algumas medidas como precaução:**

1. Acompanhamento de profissional fisioterapeuta respiratório durante o procedimento, para o manuseio do equipamento ventilatório.
2. O paciente deve permanecer durante toda a duração do procedimento, em ventilação mecânica não invasiva e de máscara nasal.
3. Se no decorrer da sedação, a saturação de oxigênio cair para níveis críticos, o responsável por operar o ventilador, deve aumentar o ipap, até que a saturação normalize. Estudos sugerem que pressões entre 18 cmH<sub>2</sub>O a 25 cmH<sub>2</sub>O, mantém boa ventilação alveolar durante a sedação, a pressão expiratória (epap) só deve ser aumentada na presença de secreções, pois causa fadiga muscular aos doentes neuromusculares, o aparelho já deve estar programado com frequência respiratória de backup e deve permanecer assim. Não deixar em modo espontâneo ou com frequência respiratória baixa.
4. Se não houver resposta satisfatória com o aumento da pressão inspiratória, a suplementação de oxigênio deve ser feita, **associada ao ventilador**, até a saturação estar normalizada, alguns ventiladores tem uma entrada de oxigênio na parte posterior. Na ausência desta entrada, é necessário um conector de oxigênio entre a traqueia e a máscara.
5. Se for necessário a intubação orotraqueal - IOT, é preciso considerar os parâmetros que o paciente está habituado na ventilação não invasiva, respeitando os limites de segurança para o tubo.
6. Ao término do procedimento, o paciente deve ser extubado diretamente para o seu ventilador com parâmetros e interface habituais.

7. É muito importante que o paciente seja extubado e **não sofra desmame. Em nenhum momento deve ser feito, teste de ventilação espontânea ou desmame de parâmetros ventilatórios.**
8. Ao término do procedimento é importante que o paciente permaneça com o ventilador, para que possa normalizar as trocas gasosas. **O ventilador só deve ser retirado se a saturação estiver normal (acima de 95%), sem o uso do oxigênio e o paciente acordado.**
9. **Em hipótese alguma pode ser utilizado oxigênio diretamente no paciente, seja em forma de cateter, máscara ou qualquer outra. O oxigênio só poderá ser usado associado à ventilação mecânica não invasiva ou ao AMBU.**

***Simone Gonçalves de Andrade Holsapfel*** - Crefito 3-94450

*Fisioterapeuta Respiratória, com especialização em doenças neuromusculares.*

*Membro do Conselho de Administração e do Comitê Científico da Associação Pró-Cura da ELA.*

*Voluntária do Ambulatório de Investigações de Doenças Neuromusculares da UNIFESP e da ABDIM.*

*Membro do Comitê Científico do INAME.*