



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

# Cuidados em doentes traqueostomizados COVID-19

PROTOCOLO DE DESCANULAÇÃO  
SERVIÇO DE OTORRINOLARINGOLOGIA DO CHVNG/E, EPE

COORDENAÇÃO: DR LEANDRO RIBEIRO

## Introdução

A COVID-19 é uma patologia extremamente contagiosa. O modo de transmissão é feito através de aerossóis, gotículas e superfícies, o que se traduz num risco significativo para os profissionais de saúde responsáveis pelo tratamento de doentes com esta patologia, especialmente quando se realizam procedimentos relacionados com a via aérea.

A traqueotomia cirúrgica, por ser um procedimento em que são produzidos muitos aerossóis, confere um elevado risco de infeção dos profissionais de saúde que participam na sua realização e também naqueles que contactam com o doente enquanto este tiver uma traqueotomia e infeção ativa. Por este motivo, recomenda-se que a traqueotomia seja realizada apenas quando considerada absolutamente necessária.

A sua realização deverá obedecer a um conjunto de pressupostos, regras e atitudes que fogem do âmbito deste protocolo e que estão claramente definidas pela Sociedade e Colégio da Especialidade de Otorrinolaringologia.



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

## Cuidados Pós-operatórios

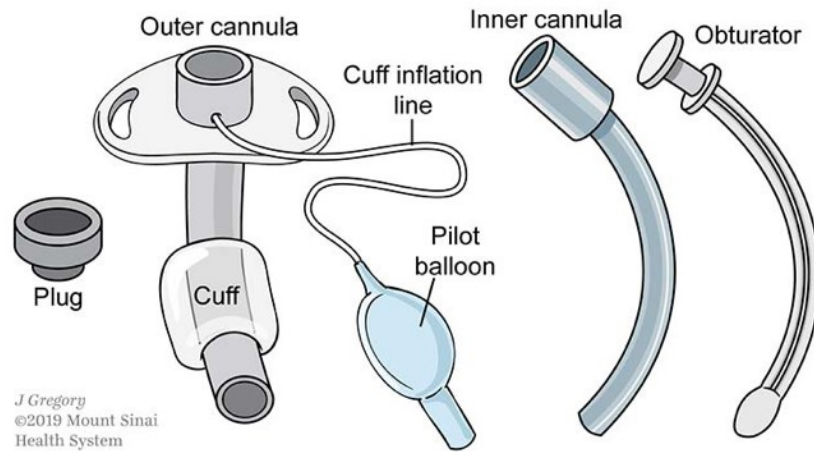
Dada a elevada probabilidade de disseminação de partículas virais, os doentes COVID-19 traqueotomizados deverão ser cuidados por profissionais familiarizados com os procedimentos relacionados com o seu acompanhamento (figura 1).

Especificamente nos doentes com carga viral positiva, existe um conjunto de cuidados a ter e que diminuam a probabilidade de disseminação viral, nomeadamente:

- O *cuff* deverá permanecer sempre insuflado, exceto aquando da manipulação da cânula externa;
- Filtro HME permanentemente colocado e mudado de acordo com as instruções do fabricante e/ou quando estiver saturado/danificado. Poder-se-á utilizar os filtros do tipo Hydro-Trach MK II® (figura 2) ou do tipo ProTrach®- Atos Medical (doentes em ventilação espontânea) (figura 3);
- Evitar desconectar o circuito de ventilação, sobretudo durante a mobilização do doente;
- Evitar a humedificação do circuito de ventilação, a não ser na presença de secreções muito espessas e/ou crostas que possam comprometer a ventilação;
- Quando existir a necessidade de aspiração de secreções, esta deverá ser sempre realizada em circuito fechado e com filtro antiviral;
- A mudança da cânula interna deverá ser efetuada apenas se estritamente necessário (como na presença de secreções espessas que comprometam a ventilação);
- A mudança da cânula externa não deverá ser realizada até que o doente seja comprovadamente negativo, a não ser na presença de sinais francos de infeção;
- Perante a necessidade de mudança da cânula de traqueostomia em doente COVID-19 positivo, esta deverá ser realizada por profissionais familiarizados com a mesma e devidamente equipados com EPI nível 3, respeitando os seguintes passos:
  - Desconectar o circuito de ventilação;
  - Desinsuflar o *cuff*;
  - Remover a cânula antiga e sua imediata substituição pela nova (não fenestrada), evitando a aspiração de secreções;
  - Insuflação do *cuff* e confirmação de ausência de fuga;
  - Conexão do circuito de ventilação



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA



J Gregory  
©2019 Mount Sinai  
Health System

Figura 1- Componentes de uma cânula de traqueotomia.



Figura 2- Imagem ilustrativa do filtro HME do tipo Hydro-Trach MK II®.



Figura 3- Imagem ilustrativa do filtro HME ProTrach®- Atos Medical.



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
**COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## Descanulação de doentes COVID-19

A descanulação consiste no processo de remoção da cânula traqueotomia. Em doentes COVID-19 deverá ser adiada até que estes sejam comprovadamente negativos.

O início do procedimento de descanulação exige um conjunto de pressupostos que deverão ser cumpridos:

- A situação patológica que motivou a realização da traqueostomia deverá estar resolvida;
- O doente não deverá ser dependente de ventilação mecânica;
- O doente deverá estar alerta e ser capaz de cumprir ordens;
- O doente deverá conseguir mobilizar as secreções (tosse eficaz) e apresentar uma deglutição eficaz (sem evidência de aspiração);
- Necessidade de aspiração de secreções inferior a 4x por dia.

### Protocolo de descanulação

Uma vez cumpridos os critérios acima referidos, inicia-se o processo de descanulação.

Embora seja apresentado um protocolo geral, de referir que constitui um procedimento individualizado e adaptado às condições clínicas do doente.

Deverá ser integrado numa equipa multidisciplinar que inclua médicos Intensivistas, Infeciologistas, Pneumologistas, Otorrinolaringologistas e Enfermeiros de Reabilitação.

Os profissionais envolvidos neste procedimento e que contactam diretamente com o doente deverão estar equipados com EPI completo.

- 1- O processo inicia-se com a desinsuflação do cuff. Se o doente não apresentar sinais de dificuldade respiratória, estridor ou dessaturação, este poderá permanecer desinsuflado durante um período de 24 horas (a iniciar pela manhã). O cuff desinsuflado vai permitir a passagem de ar à volta da cânula de traqueotomia, entre a via aérea inferior e superior (figura 4b);
- 2- Perante a inexistência de intercorrências respiratórias durante o período em que o *cuff* esteve desinsuflado, procede-se à mudança para uma cânula fenestrada sem *cuff*. A cânula fenestrada (figura 5) possui um conjunto de orifícios na sua curvatura que permitem a passagem de ar entre as vias aéreas superior e inferior (figura 4c), permitindo a respiração e a fonação (quando o orifício externo se encontra ocluído). É explicado ao doente que, para falar, deverá ocluir o orifício externo da cânula de traqueotomia durante a expiração;



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

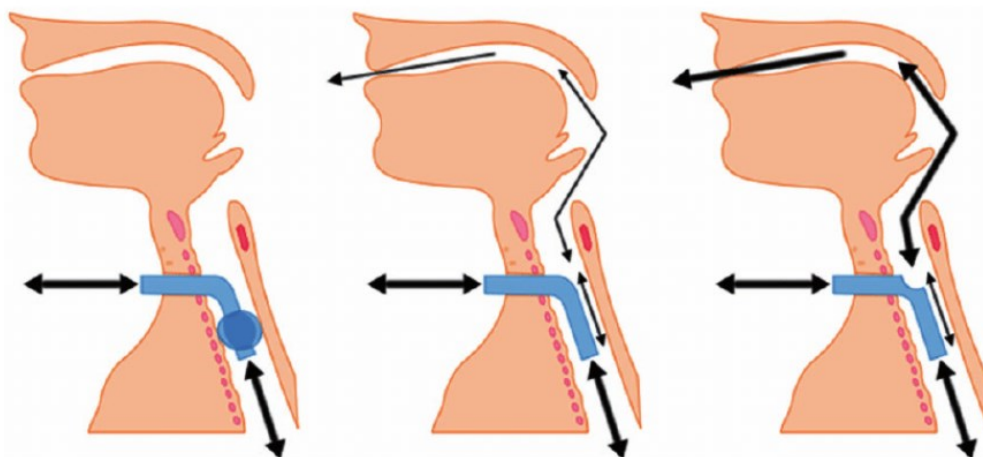


Figura 4- Representação esquemática da passagem do ar em doente portador de cânula de traqueotomia: a- cânula não fenestrada com cuff insuflado, b- cânula não fenestrada com cuff desinsuflado, c- cânula fenestrada sem cuff.



Figura 5- Cânula de traqueotomia fenestrada.



Figura 6- Dispositivo utilizado para encerramento do orifício externo da cânula de traqueotomia.

- 3- Após 24 horas de uso da cânula fenestrada sem intercorrências respiratórias, poder-se-á progredir para a oclusão do orifício externo da cânula com a tampa de oclusão existente no kit da cânula de traqueotomia (figura 6). Essa tampa deverá permanecer durante 12 horas diurnas, sempre sob vigilância médica, e só se não existirem intercorrências, poder-se-á partir para o seu uso durante o período noturno;



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
**COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

- 4- Se o doente tolerar a oclusão da cânula durante um período de 24 horas, esta é removida, e o traqueostoma encerrado com um penso oclusivo (figura 7). Este penso, que permite uma “cicatrização por segunda intenção”, deverá ser mudado diariamente até cicatrização completa.



*Figura 7- Penso oclusivo.*

**Importante-** Perante a existência de intercorrências (como estridor, dificuldade respiratória e/ou na fonação) durante cada uma das fases descritas, deverá ser solicitado apoio da equipa de Otorrinolaringologia para avaliação da via aerodigestiva superior de forma a excluir a presença de complicações.



DEPARTAMENTO DOS COLÉGIOS  
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE  
**COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

## Síntese

