

6ª NOTA DE ORIENTAÇÃO AOS MÉDICOS OTORRINOLARINGOLOGISTAS EM RELAÇÃO À DOENÇA CAUSADA PELO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19)

27 de março de 2020

As Academias Brasileiras de: Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPE) e Laringologia e Voz (ABLV), o Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e a Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial (ABORL-CCF) vem à público orientar os médicos otorrinolaringologistas sobre realização de traqueostomias durante a pandemia do COVID-19.

Com a pandemia do COVID-19, espera-se que muitos pacientes necessitem intubação orotraqueal e ventilação mecânica prolongada. Neste contexto, a necessidade de uma traqueostomia pode ser cogitada pelas equipes de atendimento. Suas indicações, benefícios e riscos ao paciente e à equipe cirúrgica devem ser discutidas entre as equipes envolvidas.

Em casos graves, com necessidade de suporte ventilatório invasivo, a intubação orotraqueal é a opção de escolha inicial no paciente com COVID-19. No caso de acesso cirúrgico emergencial à via aérea por dificuldade de intubação, situação que deve ser sempre antecipada para permitir atuação adequada em caso de necessidade, sugere-se realizar a cricotireoidostomia, cirúrgica ou por punção, seguida de traqueostomia assim que possível, após estabilização da via aérea. Nestes casos emergenciais, os mesmos cuidados referidos abaixo para a traqueostomia devem ser tomados.

Na faixa etária pediátrica, as situações emergenciais com intubação difícil devem ser antecipadas e a falência respiratória identificada rapidamente, sendo a causa mais frequente de parada cardiorrespiratória em crianças. As crianças com previsão de necessidade de acesso cirúrgico à via aérea, devem ser manejadas preferencialmente em ambiente cirúrgico, com acesso endovenoso que permita adequado manuseio da via aérea e hiper oxigenação, com ventilação com pressão positiva em máscara facial com ou sem auxílio de uma cânula orofaríngea para estabilização. No caso de pacientes de ventilação e intubação difícil, pode ser usada temporariamente máscara laríngea e se disponível intubação guiada por broncoscopia. Nestes casos, seguir as mesmas orientações de uso de EPI descritas abaixo. É extremamente rara a indicação cricotireoidostomia por punção em crianças, que permite a oxigenação, mas não ventilação. As orientações atuais do APLS (*Advanced Paediatric Life Support*) são para uso de cricotireoidostomia por agulha em crianças acima de 5 anos. Em crianças menores de 1 ano recomenda-se a traqueostomia; e de 1 a 5 anos, cricotireoidostomia ou traqueostomia cirúrgica.

O momento de indicação de traqueostomia eletiva em paciente com intubação orotraqueal prolongada é um assunto controverso. Nestes casos, considera-se a traqueostomia para prevenção de estenose laringo-traqueal, para acelerar o desmame da ventilação mecânica e para facilitar a toaleta das secreções respiratórias. A traqueostomia eletiva pode ser indicada do 4º ao 21º dia, mais comumente entre 10 e 14 dias de intubação.

Na faixa etária pediátrica, a intubação traqueal é mais bem tolerada e não há bem estabelecido o tempo ideal para indicação de uma traqueostomia, apesar de alguns autores sugerirem que, a partir de 2 semanas, se não há perspectiva de desmame da ventilação mecânica, esta deva ser considerada. Em se mantendo a intubação prolongada, deve-se atentar para o uso de tubos de tamanho adequado, com mensuração de pressão de balonete, se usados, e a manutenção do conforto da criança para evitar movimentação do tubo e dano à mucosa laríngea e traqueal. A indicação de traqueostomia em crianças está mais relacionada à falta de perspectiva de resolução da dependência de ventilação mecânica.

De modo geral, acredita-se que não há benefícios de traqueostomia precoce em pacientes com COVID-19. Como o tempo médio de ventilação mecânica no paciente com COVID-19 é de cerca de 21 dias, muitos destes pacientes poderiam ser considerados candidatos à conversão para traqueostomia.

Por outro lado, a traqueostomia é um procedimento considerado gerador de aerossóis, representando um risco aumentado de transmissão do SARS-CoV-2 à equipe cirúrgica e ao ambiente hospitalar por onde o paciente transitará. Diferentemente das gotículas, que por seu peso e efeito da gravidade tem um campo de transmissão limitado, os aerossóis podem permanecer em suspensão por tempo prolongado e percorrer maiores distâncias, com aumento do risco de transmissão do vírus. Isto ocorre não somente durante o procedimento, mas também no pós-operatório, já que o manuseio de uma traqueostomia, com necessidade de aspirações frequentes e risco de decanulação com necessidade de reposicionamento, gera aerossóis. Desta forma, ao se considerar a realização do procedimento, é importante levar em conta a gravidade do paciente, seu prognóstico e o risco de contaminação às equipes de atendimento, fundamentais para o combate da pandemia.

Assim, **sugere-se evitar a traqueostomia eletiva sempre que possível num paciente portador de COVID-19.**

Quando a **traqueostomia for considerada necessária**, recomenda-se:

- Evitar uso de bisturi elétrico ou ultrassônico pois podem favorecer formação de aerossóis;
- Não usar salas de ventilação com pressão positiva, pois favorecem a dispersão dos aerossóis;
- Sempre que possível, utilizar sistemas de aspiração com circuito fechado e filtro antiviral e salas cirúrgicas com pressão negativa. Na sua ausência, utilizar salas com pressão normal e manter as portas fechadas;
- A equipe cirúrgica deve ser composta pelo menor número de profissionais possível;
- Todos em sala devem usar EPI: **gorro descartável, propés, proteção ocular** (óculos de proteção ou visor facial com proteção frontal e lateral), **máscara N95 ou PFF2 ou superior, avental impermeável e luvas estéreis**. A desparamentação é um momento importante para evitar contágio da equipe, que deve seguir as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Instituição;
- Em paciente com intubação prolongada, sugere-se curarização sobretudo no momento da remoção do tubo e colocação da cânula de traqueostomia, para minimizar o risco de tosse, que promove aerossolização. Outro cuidado sugerido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica é a interrupção da ventilação mecânica, desinsuflação do balonete do tubo traqueal e sua desconexão do sistema de ventilação ANTES da incisão da traqueia;
- Após a inserção da cânula de traqueostomia e insuflação do balonete, o sistema de ventilação mecânica pode ser conectado e a ventilação reiniciada.

Os cuidados e manejo com a cânula de traqueostomia como aspiração e troca de cadarços, particularmente em crianças para evitar obstruções, devem ser realizados com toda a paramentação indicada acima, enquanto houver risco de contaminação pelo COVID-19. A agilidade nestas informações pode facilitar a alta o mais precoce possível durante o período de pandemia. Sugere-se, durante o período de pandemia, reduzir ao mínimo a frequência de trocas,

para tal é necessário orientação aos cuidadores sobre sinais de alerta para troca e quando buscar o atendimento presencial.

As informações aqui contidas decorrem de buscas na literatura disponível até a presente data e podem ser modificadas, conforme novos conhecimentos sejam produzidos.

Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica
Academia Brasileira de Laringologia e Voz
Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da ABORL-CCF

Referências:

Consensus statement: Safe Airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID-19 adult patient group (Acessível em: <https://www.mja.com.au/journal/2020/212/10/consensus-statement-safe-airway-society-principles-airway-management-and>)

Recomendaciones de la sociedad española de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello para la realización de traqueotomías en relación a pacientes infectados por coronavirus COVID-19

(Acessível em: <https://seorl.net/wp-content/uploads/2020/03/Traqueo-COVID19.pdf.pdf.pdf>)

Recomendação da SBCCP para traqueostomias e manejo da via aérea em casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

(Acessível em: <http://sbccp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/RECOMENDACAO-TQT-COVID19.pdf.pdf>)

Recomendações da sociedade brasileira de cirurgia torácica – SBCT para realização de traqueostomias e manejo da via aérea em casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19)

(acessível em <https://www.sbct.org.br/recomendacoes-da-sociedade-brasileira-de-cirurgia-toracica-sbct-para-realizacao-de-traqueostomias-e-manejo-da-via-aerea-em-casos-suspeitos-ou-confirmados-de-infeccao-pelo-novo-coronavirus-c/>)

McVea S. Cricothyroidotomy

(acessível em <https://www.paediatricemergencies.com/intubationcourse/course-manual/cricothyroidotomy/>)