



**VIA AÉREA**  
**doentes com suspeita ou infeção com**  
**COVID-19**

# INTUBAÇÃO TRAQUEAL DOENTE COM SUSPEITA OU INFECÇÃO **COVID-19**

## RECOMENDAÇÕES

➤ A sua **proteção** e da sua equipa é a **PRIORIDADE**.

- Equipamento de Proteção Individual - **EPI** tem que estar disponível para todos de modo a assegurar proteção de contacto / gotas projectadas.
- Profissionais e organizações devem ter protocolo de como colocar e retirar o equipamento de proteção.
- **ATENÇÃO** para evitar auto-contaminação.

➤ **Doentes com infeção suspeita ou confirmada a COVID-19:**

- Não devem ser trazidos para áreas de espera ou de recobro
- Devem ser manuseados em áreas do bloco operatório bem identificadas, preparadas para evitar a contaminação de materiais e a exposição das equipas.
- Recobro deve ser realizado na sala de operações ou transferido para UCI em sala de pressão negativa.
- Assegurar o uso, impedindo / limitando desconexões, de **filtros - HMEF** de elevada qualidade que assegurem a retenção vírica, bacteriana e de partículas do ar com elevada eficiência (99,99%), entre o tubo traqueal e o dispositivo de ventilação usado, no bloco e na transferência do doente, para evitar contaminação da atmosfera e no ramo expiratório do circuito anestésico para proteger de contaminação o ventilador.

➤ **Planear e antecipar:**

- Tempo adequado para equipa colocar **EPI** e todas as medidas de precaução
- Considerar Intubação Traqueal - **IT** precoce e programada de modo a evitar “crash” IT com medidas EPI inadequadamente realizadas.

# INTUBAÇÃO TRAQUEAL DOENTE COM SUSPEITA OU INFEÇÃO COVID-19

## RECOMENDAÇÕES

### PARA UMA ABORDAGEM DA VIA AÉREA SEGURA, PRECISA E SUAVE

- Abordagem da via aérea nestes doentes é de **risco elevado** para os profissionais envolvidos e para o doente.
- **Assegure** que o seu Equipamento de Proteção Individual - **EPI** e o os seus colaboradores está adequadamente colocado (protocolo de colocação e retirada de equipamento de proteção).
- **Intubação Traqueal** com foco na segurança + rapidez + exequibilidade à **1ª tentativa**, deve ser realizada pelo profissional mais experiente, com equipa de apoio reduzida (2º elemento ajuda à IT + 3º elemento administração de fármacos e atenção a monitorização)
- **Plano** de abordagem inicial e resgate (algoritmo) conhecido e com tarefas atribuídas para toda a equipa. Material e fármacos preparados para limitar tempo e material desnecessário na sala, que deve ter pressão negativa.
- **Pré oxigenação** de 3-5 minutos com FiO2 100% (fluxos + baixos possíveis para limitar contaminação) por máscara facial bem adaptada, Mapleson C ou circuito anestésico.
- **Evitar** IT por fibroscopia com o doente acordado (atomização de anestésico local pode aerossolizar o vírus), a menos que especificamente indicado, usando máscara de fibroscopia para limitar contaminação. Evitar ventilação com máscara facial, uso de dispositivos supraglóticos e de fluxos altos de oxigénio.
- **IT** por Indução Sequencial Rápida - **ISR**, para evitar ventilação manual e potencial aerossolização do vírus.
- Posicionamento com cabeceira elevada, atenção com efeitos depressores cardiovasculares da indução (ter vasopressor preparado) e relaxamento adequado antes da 1ª tentativa de IT.
- Considerar **VIDEOLARINGOSCOPIA**, se disponível, como primeira opção.
- Se condições clínicas do doente o implicarem, fazer **ISR modificada**, com ventilação com pequeno volume corrente com 2 operadores (4 mãos) para uma melhor selagem.
- Confirmar IT e ventilação adequada com **capnografia**, só após insuflação do cuff do tubo traqueal.
- Assegurar o uso, impedindo / limitando desconexões, de **filtros - HMEF** de elevada qualidade que assegurem a retenção vírica, bacteriana e de partículas do ar com elevada eficiência (99,99%), entre o tubo traqueal e o dispositivo de ventilação usado, no bloco e na transferência do doente, para evitar contaminação da atmosfera e no ramo expiatório do circuito anestésico para proteger de contaminação o ventilador.
- Proteger, em local próprio, lâmina e restante material usado.
- Selar todo o material reutilizável usado na abordagem da via aérea em saco de plástico selado e retirá-lo para descontaminação e desinfeção.
- Após extubar o doente colocar cânula nasal O2 com fluxo mínimo possível e recolocar máscara cirúrgica no doente para limitar contaminação.
- Após remoção do EPI, evitar contaminação **NÃO** tocar no cabelo ou face antes de lavar as mãos.

# INTUBAÇÃO TRAQUEAL DOENTE COM SUSPEITA OU INFECÇÃO COVID-19

## CHECKLIST para Intubação Traqueal de EMERGÊNCIA COVID-19

Equipamento de  
Proteção Individual

PREPARAR  
Equipamento

PREPARAR para  
DIFICULDADE

Na SALA

Pós-procedimento e  
Segurança

FORA DA SALA

DENTRO DA SALA

APÓS E SAÍDA

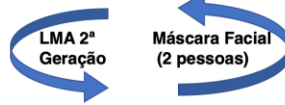
**EPI - Seja metódico!**  
Não tenha pressa!

- Lave as mãos
- Coloque **EPI** (uso único)
  - Proteção de calçado
  - Gorro / Touca
  - Bata resistente a fluidos (manga comprida) ou fato de proteção integral
  - Máscara proteção **FFP2 / NP95**
  - Proteção ocular / Viseira
  - Luvas (2 pares) com punho subido
- (disponha material pela ordem de colocação)
- Confirmação por 2ª pessoa
- Identificação visível

- Atribuir Tarefas**
  - Líder da equipa e Intubador
  - Assistente do intubador e manipulação da cricóide
  - Fármacos, Monitor e Cronómetro
  - Circulante (no exterior da sala)
  - FONA
- Saber como pedir segunda **Ajuda**

- Verificar lista material**
  - Balão auto-insufável e/ou Sistema de Mapleson C
  - Cânula oro ou nasofaringea
  - Sistema de Aspiração
  - Videolaringoscópio
  - Mandril / Bougie
  - 2 Tubos Endotraqueais
    - Material Fixação
    - Seringa
  - LMA de 2ª Geração
  - Kit FONA
- Verificar FÁRMACOS**
  - Hipnótico
  - Relaxante muscular
  - Vasopressor
  - Fármaco manutenção sedação
- Peso ?**
- Alergias ?**

- Se Via Aérea Difícil**
  - ACORDAR** o doente é possível ?
- Plano para Via Aérea DIFÍCIL**
  - Plano A - ISR
  - Plano B e C
    - Ventilação balão auto-insufável/Mapleson C
    - 2 Pessoas (4 mãos)
    - Máscara Facial
    - LMA 2ª geração
- Plano D**
  - Cricotirotomia - FONA** (bisturi+bougie+tubo traqueal)
- Confirmar plano definido !**
- Dúvidas / preocupações ?**



- AVALIAÇÃO Via Aérea**
  - Identificação MCT**
- Monitorização**
  - SpO2
  - ECG
  - Tensão Arterial
  - Capnografia
- Acesso IV (2x) funcional**
  - Considerar Rampa / Procline
- Optimizar Posicionamento**
  - Considerar Rampa / Procline
- Otimizar PRÉ OXIGENAÇÃO**
  - 3-5 minutos
  - ET O2 > 85%
  - Baixo fluxo de O2
  - EVITAR Aerosolização
- Optimizar estado do doentes antes ET é possível ?**
  - Fluidos/Vasopressores
  - Inotrópicos
  - Aspiração tubo Gástrico
  - Protelar indução sequencial rápida?

- GESTÃO da Via Aérea**
  - Iniciar Ventilação, após insuflar CUFF
  - Verificar CAPNOGRAFIA
  - CLAMPAR tubo OT antes de qualquer desconexão
  - EVITAR desconexão
- Outros**
  - Colocar sonda nasogástrica
  - Considerar colheita amostra viral da traqueia
- DESCARTAR Equipamento cuidadosamente**
- DESCONTAMINAÇÃO material reutilizável**
- Remoção do EPI**
  - Observado por 2ª pessoa
  - Usar "checklist"
  - Descartar EPI Cuidadosamente
  - Lavar as Mãos

# INTUBAÇÃO TRAQUEAL adaptado para DOENTE COM SUSPEITA OU INFEÇÃO COVID-19

## EQUIPA e EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- Equipa deve verificar o EPI
- Partilha de Planos de Abordagem alternativos
- A Pessoa mais experiente deve abordar a via aérea

## PRÉ-OXIGENAÇÃO E CHECKLIST

- Cabeceira elevada, quando possível
- Avaliar Via Aérea e acesso a Membrana Cricotiroideia
- Capnografia
- Pré-oxigenação (3-5 minutos)
- Optimizar da função cardiovascular
- Partilhar com equipa plano alternativo em caso insucesso

## PLANO A – INTUBAÇÃO TRAQUEAL SEQUENCIAL RÁPIDA

- VIDEOLARINGOSCOPIA (máximo 3 tentativas)
- OXIGENAÇÃO SEM VENTILAÇÃO Baixo fluxo  
O<sub>2</sub>+Baixa pressão+Máscara Facial 2 Pessoas
- BLOQUEIO NEUROMUSCULAR
- Estilete ou Bougie
- Manipulação Laringea Externa
- Pressão Cricóide (pode prejudicar laringoscopia)

SUCESSO

Confirmar com CAPNOGRAFIA

FALHA

**Chamar AJUDA**

- Verificar EPI (antes de ajudar)
- Obter Kit Cricotirotomia

**Declarar INTUBAÇÃO FALHADA**

## PLANO B / C – OXIGENAÇÃO DE RECURSO

Dispositivo  
Supraglótico  
de 2ª Geração

Máscara Facial  
2 Pessoas(4 mãos)

3 Tentativas cada

Mudar Dispositivo / Tamanho / Operador  
Abrir Kit Cricotirotomia

SUCESSO

**PARAR, PENSAR, COMUNICAR**

- Acordar doente se já planeado
- Intubar através de Supraglótico
- Cricotirotomia

**Declarar NÃO INTUBO NÃO OXIGENO**

## PLANO D - CRICOTIROTOMIA

Front Of Neck Airway - FONA

- Extensão cervical
- Bloqueio Neuromuscular
- Kit CRICOTIROTOMIA cirúrgica

# NÃO INTUBO NÃO OXIGENO

## adaptado para DOENTE COM SUSPEITA OU INFEÇÃO COVID-19

### EQUIPA e EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

- Equipa deve verificar o **EPI**
- Pessoa mais experiente deve executar a técnica

### PLANO D – Front of Neck Airway (FONA)

- Extensão cervical
- Bloqueio Neuromuscular
- Excluir falha de oxigénio ou bloqueio do circuito

### CRICOTIROTOMIA CIRÚRGICA

#### MATERIAL

- 1- Bisturi (ex. nºs 10 ou 20)
- 2- Bougie
- 3 -Tubo traqueal (5.0-6.0 mm ID)

#### Identificação da Membrana Cricotiroideia “Laringeal Handshake”

#### MEMBRANA CRICOTIROIDEIA PALPÁVEL

- Incisão **TRANSVERSAL**
- Rotação a 90 ° da lâmina
- Introdução do Bougie ao longo da lâmina
- Deslizamento tubo lubrificado até a traqueia
- Insuflação do Cuff
- Ventilação
- Confirmação por Capnografia
- Fixação

#### MEMBRANA CRICOTIROIDEIA IMPALPÁVEL

- Incisão **VERTICAL**
- Dissecção Manual
- Identificação da laringe
- Estabilização da laringe
- Introdução do Bougie ao longo da lâmina
- Deslizamento tubo lubrificado até a traqueia
- Insuflação do Cuff
- Ventilação
- Confirmação por Capnografia
- Fixação

#### CUIDADOS PÓS CRICOTIROTOMIA e “follow-up”

- Aspiração traqueal fechada
- Manobras de recrutamento se hemodinâmica permitir
- Rx tórax
- Vigiar complicações e revisão cirúrgica da cricotirotomia
- Preparar via aérea definitiva com clínico sénior
- Documentar e preencher carta de via aérea difícil



**VIA AÉREA**  
**doentes com suspeita ou infeção com**  
**COVID-19**

*Grupo de VIA AÉREA DIFÍCIL SPA*  
*Colaboração Catarina Bastos*

Adaptado de

- ANESTHESIA PATIENT SAFETY FOUNDATION e de Kamming D, Gardam M, Chung F.I. Anaesthesia and SARS. Br J Anaesth 2003;90:715-18
- COVID-19 Airway management principles.

The Faculty of Intensive Care Medicine, Intensive Care Society, Association of Anaesthetists RCoA - Royal College of Anaesthetists