



Manejo Emergencial do Paciente com Suspeita de Deslocamento da Cânula de Traqueostomia

O deslocamento da cânula de traqueostomia é uma complicação rara porém muito grave, que pode levar a um desfecho catastrófico em poucos minutos se não for manejada adequadamente. Na UTI, 50% das complicações emergenciais envolvendo vias aéreas ocorrem em pacientes traqueostomizados. Esses eventos são mais frequentes em pacientes obesos, durante a mobilização ou intervenções em vias aéreas (aspiração traqueal, passagem de sonda nasogástrica), e em períodos de agitação ou tosse. ^(1, 2)

Atenção: Este Pathway aplica-se apenas a pacientes com **TRAQUEOSTOMIA**, e não se aplica a pacientes com **laringectomia**.

I - ASSISTENCIAL

1. SINAIS E SINTOMAS

- Desconforto respiratório: dispneia, taquipneia, uso de musculatura acessória, aumento do esforço respiratório
- Alteração do estado mental e/ou do comportamento: inquietação, agitação, confusão mental, rebaixamento da consciência
- Redução da oximetria de pulso
- Hipoxemia súbita
- Redução súbita do volume corrente
- Perda da onda da capnografia
- Enfisema subcutâneo

2. CARTÃO DE SINALIZAÇÃO À BEIRA-LEITO ^(3, 4, 5):

- Contém informações fundamentais para o cuidado e manejo dos pacientes traqueostomizados., tais como: data da traqueostomia, tipo de traqueostomia (cirúrgica ou percutânea), cirurgião responsável, e demais informações relevantes.
- No HIAE o cartão de sinalização ("Green Card") encontra-se visível à beira-leito, em todos os pacientes traqueostomizados.

3. TIPOS DE DESLOCAMENTO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ^(3, 6)

- Deslocamento parcial da cânula, com posicionamento da extremidade distal da cânula junto à parede posterior da traquéia, e obstrução da cânula pelo cuff hiperinsuflado (Figura 1)
- Deslocamento total da cânula, com falso trajeto e posicionamento da extremidade distal nos tecidos do pescoço. (Figura 2)
- Exteriorização completa da cânula. Neste caso, o profissional visualiza a extremidade distal da cânula fora do paciente, e o diagnóstico de deslocamento é evidente.

Atenção: A chance de eventos sérios é maior nos casos de deslocamento parcial e no deslocamento com falso trajeto (Figuras 1 e 2) do que nos casos de exteriorização total da cânula. O risco maior deve-se à maior dificuldade de identificação do deslocamento e consequente atraso diagnóstico.

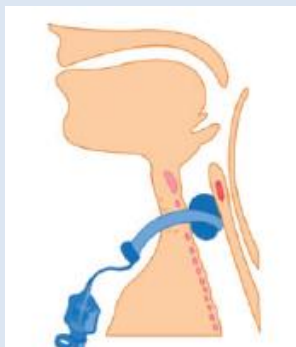


Figura 1.
Deslocamento parcial

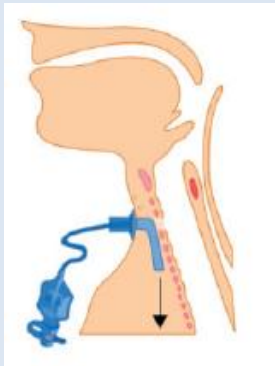


Figura 2. Deslocamento total:
falso trajeto

4. TESTE DA PATÊNCIA DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ⁽³⁾

Determinar a patência da cânula de traqueostomia é uma etapa fundamental do atendimento de pacientes com suspeita de deslocamento da cânula, já que como vimos acima, o deslocamento pode não ser evidente nos casos de deslocamento parcial e nos casos de falso trajeto da cânula pelos tecidos do pescoço. O teste da patência tem 2 passos:



1º passo: Tentativa de passagem de cânula de aspiração e realização da aspiração traqueal

Observar:

- Deve ser possível avançar a sonda de aspiração pela extensão esperada, adequada ao tamanho da cânula de traqueostomia.
- Uma resistência excessiva à passagem da sonda de aspiração pode sinalizar: obstrução da cânula, mal posicionamento da extremidade distal da cânula, obstrução da cânula pelo cuff hiperinsuflado, ou deslocamento total com falso trajeto da cânula.



2º passo: Tentativa cuidadosa de ventilação com ambu

Sinais que sugerem patência da traqueostomia:

- Ventilação adequada
- Melhora clínica do paciente: redução do desconforto, boa expansibilidade torácica, melhora da oximetria

Sinais que sugerem ausência de patência da traqueostomia:

- Sinais de deteriorização clínica
- Resistência excessiva à insuflação do ambu
- Formação de enfisema subcutâneo

Interromper imediatamente a insuflação do ambu se qualquer dos sinais acima

5. FLUXOGRAMA DE MANEJO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE DESLOCAMENTO DE TRAQUEOSTOMIA

Sinais e Sintomas de Alerta :

- Desconforto respiratório: dispneia, taquipneia, uso de musculatura acessória, aumento do esforço respiratório,
- Alteração súbita do estado mental: inquietação, agitação, confusão mental, ou rebaixamento da consciência
- Redução da oximetria de pulso
- Hipoxemia súbita
- Redução súbita do volume corrente
- Perda da onda da capnografia
- Enfisema subcutâneo

Se PCR: Inicie RCP e acione código azul

Atenção:

- Não insistir na ventilação com ambu através da traqueostomia se:
- o paciente piorar após o início da ventilação com ambu, ou
 - você tenha forte suspeita de que a TQT não esteja patente

Acionar Códigos de Emergência:

TRR ou código amarelo + Código de VAD + Código Cirúrgico e Solicitar Maleta de VAD e KIT de TQT

Etapa 7. Obter Via Aérea Avançada* Protocolo de VAD

- Oclusão do estoma e intubação orotraqueal ou máscara laríngea; ou
- Intubação do estoma usando cânula de traqueostomia de menor calibre ou tubo traqueal No 6.

Paciente Traqueostomizado com Sinais e Sintomas de Alerta

Chamar Ajuda
Enfermeiro + Fisioterapeuta + Médico
(plantonista ou código amarelo)

Etapa 1.

Ofertar **oxigênio** suplementar em Face e Traqueostomia

Etapa 2. Avalie o paciente

(Caso a cânula de traqueostomia esteja francamente exteriorizada, vá direto para a Etapa 6)

Etapa 3. Verifique a Patência da Traqueostomia:

Introduza a sonda de aspiração pela TQT

Passagem livre da sonda, ventilação adequada e paciente melhorando?

sim

não

Etapa 4. Desinsufle o Cuff da Cânula de TQT e tente passar sonda de aspiração

Passagem livre da sonda, ventilação adequada e paciente melhorando?

sim

não

Etapa 5. Remova a Cânula da Traqueostomia

Etapa 6. Ventilar com ambu:
Através da face com máscara facial, e ocluir o estoma, ou Através da TQT utilizando uma máscara laríngea sobre o estoma

Ventilação Adequada e Paciente melhorando?

não

sim

Seguir com ABCDE, e Avaliar **DOPE**

D: Deslocamento do tubo.
O: Obstrução do tubo / vias aéreas. Remover válvula de fonação, ocluser do traqueostomia, tubo interno, caso estejam presentes.
P: Pneumotórax..
Broncoespasmo
E: Equipamento com falha: checar equipamento respiratório e conexões

- Seguir com ABCDE
- Avaliação imediata (em até 15 min) da traqueostomia pelo código cirúrgico ou equipe cirúrgica assistente

* A estratégia inicial de escolha de uma das 2 alternativas para obtenção de via aérea avançada dependerá de condições, tais como: tempo de confecção da traqueostomia, (> ou < 7 dias em TQT cirúrgica; > ou < 14 dias em TQT percutânea), antecedente e/ou preditor de VAD, habilidade do médico com a técnica, presença de fio de reparo na traqueostomia..

6. PONTOS-CHAVE DO MANEJO EMERGENCIAL DA VIA AÉREA EM PACIENTE COM SUSPEITA DE DESLOCAMENTO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

- Deve-se oferecer oxigênio pelas vias aéreas potenciais imediatamente, e em todas as etapas do atendimento.
- Se no teste da patência da cânula da TQT, não se consegue avançar o cateter de aspiração, é sinal que a cânula de traqueostomia não está patente: ela pode estar obstruída (secreção, sangramento, ou pelo próprio cuff hiperinsuflado) ou deslocada (deslocamento parcial, ou deslocamento total com falso trajeto, ou exteriorizada). No caso de obstrução parcial por cuff superinsuflado, a desinsuflação do cuff permitirá a passagem do ar, e o paciente melhorará.
- A ventilação com ambu através de uma cânula posicionada em um falso trajeto provocará enfisema subcutâneo grave, que pode dificultar muito ou mesmo tornar impossível a laringoscopia.
- Não se deve insistir na tentativa de ventilar com ambu através de uma cânula de traqueostomia potencialmente deslocada. Caso o paciente não apresente melhora rápida com a ventilação com ambu, deve-se passar rapidamente para a próxima etapa do fluxograma de atendimento.
- Pacientes traqueostomizados podem ser ventilados pela via oronasal, através de máscara facial, desde que o cuff da cânula de traqueostomia esteja desinsuflado, e o estoma seja ocluído (oclusão manual).
- Os fios de reparo da traqueostomia podem servir para facilitar a reinserção de uma cânula de traqueostomia.
- Não é aceitável a tentativa de reinserção às cegas de uma cânula através de um estoma imaturo (menos de 7-14 dias de traqueostomia, dependendo da técnica de confecção da TQT).
- O melhor recurso deve ser buscado precocemente. Por isso, deve-se acionar os códigos institucionais: código VAD e Código Cirúrgico na etapa 5, ou antes se houver forte suspeita de deslocamento da traqueostomia e/ou paciente não responder às manobras iniciais e/ou houver sinais de rápida deterioração clínica.
- Num paciente com deterioração rápida das condições clínicas, não se deve aguardar a chegada dos médicos dos códigos VAD e /ou Médico do Código Cirúrgico para dar andamento à obtenção de via aérea avançada; neste caso, o médico que estiver prestando o atendimento deve dar andamento à imediata obtenção da via aérea avançada.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Número de dias entre eventos adversos relacionados ao deslocamento da traqueostomia
- Número de dias entre eventos de PCR por hipóxia em paciente traqueostomizado
- Porcentagem de adesão à avaliação de risco de deslocamento da traqueostomia (ferramenta de suporte à decisão no Cerner).

III. GLOSSÁRIO

TRR: time de resposta rápida

TQT: traqueostomia

VAD: via aérea difícil

PCR: parada cardiorrespiratória

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Versão 2: Revisão Periódica

V. REFERÊNCIAS

[1] Cook TM, Woodall N, Harper J and Benger J. Major complications of airway management in the UK: results of the Fourth National Audit Project of the Royal College of Anaesthetists and the Difficult Airway Society. Part 2: intensive care and emergency departments. *British Journal of Anaesthesia* 2011;106 (5): 632–42.

[2] Das P, Zhu H, Shah RK, Roberson DW, Berry J, Skinner ML. Tracheotomy-Related Catastrophic Events: Results of a National Survey. *Laryngoscope*, 2012;122:30–37.

[3] Berry J, Skinner ML, McGrath BA, Bates L, Atkinson D, and Moore JA. Multidisciplinary guidelines for the management of tracheostomy and laryngectomy airway emergencies. *Anaesthesia* 2012;67(9):1025-41.

[4] Sayed IH, Ryan S, Schell H, Rappazini R, Wang SJ. Identifying and Improving Knowledge Deficits of Emergency Airway Management of Tracheotomy and Laryngectomy Patients: A Pilot Patient Safety Initiative. *International Journal of Otolaryngology* 2010; Volume 2010, Article ID 638742, 7 pages. doi:10.1155/2010/638742

[5] National Tracheostomy Safety Project website. www.tracheostomy.org.uk Acessado em 09/03/2023.

[6] Thomas AN, McGrath BA. Patient safety incidents associated with airway devices in critical care: a review of reports to the UK National Patient Safety Agency. *Anaesthesia*, 2009, 64, pages 358–365.

Código Documento: CPTW327.2	Elaborador: Ana Claudia Ferraz Mayara Laise Assis	Revisor: Mauro Dirlando	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 10/03/2023 Data de Atualização: 25/02/2026	Data de Aprovação: 06/03/2026
---------------------------------------	--	--------------------------------------	---	---	---