

Retirada da Ventilação Mecânica Invasiva do Paciente com COVID-19

PACIENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

VISITA DIÁRIA AVALIANDO-SE A EVOLUÇÃO CLÍNICA, TROCA GASOSA (GASOMETRIA ARTERIAL) E MECANICA RESPIRATÓRIA.

SE HÁ MELHORA CLÍNICA QUE PERMITA SUPERFICIALIZAÇÃO DA SEDO-ANALGESIA, CONFIRA OS CRITÉRIOS PARA FAZER O **TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (TRE)**.

DO CONTRÁRIO, SIGA EM VMI.

Crítérios para realizar Teste de Respiração Espontânea (TRE)

1. Oxigenação:

PaO₂/FiO₂ > 200 com FiO₂ ≤ 0.4 e/ou SpO₂ ≥ 90%, PEEP ≤ 8 cmH₂O.

2. Ventilação:

pH ≥ 7.35 e PaCO₂ ≤ 55 mmHg
f resp < 18-20/min

3. **Estabilidade Hemodinâmica** (sem drogas vasoativas ou usando doses baixas, em retirada).

4. **Escala de Coma de Glasgow ≥ 8**

PACIENTE PREENCHE OS CRITÉRIOS ?

NÃO

Procurar identificar e resolver a causa da falência de desmame (Ex: congestão, broncoespasmo, etc)

Retornar para Parâmetros Ventilatórios prévios ao TRE ou que levem o paciente a conforto respiratório

SIM

REALIZE O TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA (TRE)

1. Coloque o paciente em modo PSV de 6-8 cm H₂O e PEEP ≤ 6 cmH₂O
2. Observar o paciente por 30 minutos.

Crítérios a serem observados durante e logo após o TRE

1. f resp < 10/min ou > 30/min
2. Aumento do desconforto respiratório com uso de musculatura acessória
- 3 SpO₂ < 90% com FiO₂ ≥ 0.4
4. PaO₂/FiO₂ < 200 e/ou pH < 7.30 (gasometria logo após ou durante TRE, se preciso)
5. FC > 120 bpm ou instabilidade hemodinâmica
6. Escala de Coma de Glasgow < 8, agitação
7. Dispneia

SIM

(= Falência de Desmame)

PACIENTE APRESENTA ALGUM DOS CRITÉRIOS ACIMA?

NÃO

(= Sucesso de Desmame)

Não havendo suspeita de problemas de patência de via área realize a **EXTUBAÇÃO** (ou **DESCONEXÃO DO VENTILADOR**, se o paciente for traqueostomizado).

COLOCAR O PACIENTE **IMEDIATAMENTE** em uma das opções de suporte:

- Cateter Nasal de O₂ de baixo fluxo até 6l/min.

Opcionalmente:

- VNI * ou CNAF *

- No caso de pacientes traqueostomizados: conectar HME com entrada lateral de O₂ suplementar de O₂ de baixo fluxo até 6l/min.

Monitorizar:

- Oximetria de Pulso
- Uso de musculatura acessória
- Pressão Arterial
- Ritmo cardíaco

DIMINUIR A FiO₂ gradualmente para o mínimo valor que mantenha SpO₂ entre 90-94%

• **ACOMPANHAMENTO DIÁRIO COM:**

- GASOMETRIA ARTERIAL
- SEGUIR COM ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO FOCADO EM REABILITAÇÃO

• SE EM 48-72 HORAS PACIENTE EVOLUIR com:

- Desconforto respiratório com uso de musculatura acessória;
- Causas de dispneia não reversíveis, como broncoespasmo;
- Dessaturação refratária ao aumento de FiO₂ ou ao uso de VNI * e CNAF *

CONSIDERAR REINTUBAÇÃO

(ou **RECONEXÃO ao VENTILADOR** em traqueostomizados). Neste caso considerar como **FALÊNCIA DE EXTUBAÇÃO**.

APÓS GARANTIR VENTILAÇÃO ADEQUADA E ESTABILIZAÇÃO DO PACIENTE:

- REINVESTIGAR CAUSAS DA NOVA IRpA
- INSTITUIR O TRATAMENTO ESPECÍFICO

Abreviaturas usadas:

f resp = Frequência Respiratória total
VC = Volume Corrente
TRE = Teste de Respiração Espontânea
VMI = Ventilação Mecânica Invasiva
PEEP = Pressão Positiva ao final da Expiração
PP = Peso Predito pela altura e sexo
HME = Dispositivo umidificador e aquecedor
VNI = Ventilação Não-Invasiva com Pressão Positiva
CNAF = Cateter Nasal de Alto Fluxo
IRpA = Sd. de Insuficiência Respiratória Aguda

* Vide Algoritmo específico sobre o tema para mais detalhes