

MANEJO BÁSICO E AVANÇADO DE VIAS AÉREAS

Definição: Técnicas de manejo de vias aéreas em situações de ventilação ou oxigenação inadequadas e em ressuscitação cardiorrespiratória.

Manobras de abertura de vias aéreas

Head tilt - chin lift: extensão do pescoço e elevação do mento.

Obs.: Não deve ser utilizada em pacientes com suspeita de lesão cervical.

1. Colocar os dedos médio e indicador de uma das mãos sob a mandíbula do paciente;
2. Colocar, ao mesmo tempo, a mão espalmada sobre a testa;
3. Executar a hiperextensão do pescoço.

Jaw thrust: tração da mandíbula.

Obs.: Indicada em suspeita de lesão cervical por não haver hiperextensão da mandíbula.

1. Posicionado na cabeceira, apoiar os polegares sobre a região zigomática;
2. Com os dedos indicador e médio posicionados atrás do ângulo da mandíbula exercer força suficiente para deslocá-la anteriormente.

Equipamentos para o manuseio de vias aéreas

Cânula orofaríngea: deve ser utilizada em pacientes sem reflexo de tosse ou vômito (inconscientes).

1. Selecione o tamanho adequado de cânula através da medida do canto da boca ao ângulo da mandíbula (ou lobo da orelha);
2. Insira a cânula com a curvatura para cima e gire 180 graus quando atingir a parede posterior da faringe.

Ventilação com bolsa-válvula-máscara

Para adequada ventilação com este dispositivo é necessário: Patência de vias aéreas.

Vedação adequada da máscara: Forme um arco com o polegar e o dedo indicador sobre a máscara (letra "C") e use o terceiro, quarto e quinto dedos para elevar a mandíbula (letra "E"). Pode ser realizada por um ou dois profissionais. Vedar com a máscara a ponte do nariz, as eminências malares e o rebordo mandibular.

Ventilação: Ventilar em aproximadamente 1 segundo volume suficiente para expandir o tórax.

Precauções com pacientes traumatizados

Presuma que todo paciente com traumas múltiplos, traumatismo craniano ou facial tenha lesão na medula espinhal.

Evite movimentos desnecessários da coluna. Abra a via aérea com o método de anteriorização da mandíbula sem extensão do pescoço.

Ao invés do colar cervical, use a restrição manual de movimento da coluna estabilizando-a em posição neutra durante a manipulação de via aérea.

Intubação orotraqueal

Passagem de um tubo através da orofaringe para auxílio e/ou manutenção da ventilação pulmonar.

SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO:

Intubação com auxílio de agente indutor (sedação) + agente paralisante (bloqueador neuromuscular) em pacientes com risco de broncoaspiração, sem provável via aérea difícil em situações de urgência.

Indicações

- Oxigenação inadequada com outros métodos (hipoxemia refratária)
- Ventilação inadequada com outros métodos (carbonarcose, acidose respiratória, alteração do nível de consciência);
- Proteção das vias aéreas contra aspiração de conteúdo gástrico;
- Escala de Coma de Glasgow < 8;
- Procedimentos cirúrgicos;
- Insuficiência respiratória aguda;
- Choque;
- Trauma e ressuscitação cardiorrespiratória;

Contraindicações

- Trauma laríngeo;
- Fratura de coluna cervical (relativo);
- Edema de laringe;
- Corpo estranho em vias aéreas superiores.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Esclarecimento ao paciente (quando possível);
2. Retirar prótese dentária (pode ser necessário mantê-la apenas durante a pré-oxigenação para melhor vedação da máscara);
3. Separação de todo o material necessário;
4. Posicionamento do paciente em posição olfativa - exceto se suspeita de trauma cervical;
5. Monitorização (oxímetro, ECG e PA);
6. Pré-oxigenação no paciente em jejum;
7. Caso reconheça via aérea difícil proceder intubação com paciente acordado/ chamar um especialista que domine a técnica;
8. Analgesia tópica com spray de Lidocaína 10%;

9. Pré-medicações: sedativos e analgésicos, bloqueador neuromuscular quando sequência rápida de intubação.
10. Colocar todo o material ao seu alcance.
11. Testar o laringoscópio e o balonete, evitando contaminação do tubo.
12. Introduzir o fio-guia até alguns centímetros da extremidade inferior do tubo.
13. Manter o paciente na posição olfativa e monitorizado.
14. Ventilar o paciente com máscara facial e dispositivo bolsa-válvula-máscara com oxigênio a 100% (se estiver em jejum).
15. Com a mão direita abrir a boca do paciente, com a mão esquerda, inserir o laringoscópio pela comissura labial direita, a lâmina deverá deslizar pela língua, de forma que a língua fique desviada para a esquerda.
16. O posicionamento da extremidade da lâmina do laringoscópio dependerá do tipo de lâmina utilizada, a Macintosh (curva) deve ser encaixada na valécula, enquanto a de Miller (reta) deve ser colocada posteriormente à epiglote.
17. Posicionar o laringoscópio 45 graus em relação ao plano da mesa e tracioná-lo ao longo de seu maior eixo. Não realizar movimento de alavanca, rotação ou balanço sobre a arcada dentária superior, para não danificá-la.
18. Monitore a saturação de oxigênio: caso a saturação caia abaixo de 90% suspender a tentativa e ventilar o paciente. Cada tentativa não deve exceder 30 segundos.
19. Após visualizar as pregas vocais, inserir a cânula orotraqueal segurando-a com a mão direita. Retirar o fio-guia logo após visualizar a passagem da cânula pelas pregas vocais. Inserir até alguns centímetros acima da carina, para evitar a intubação seletiva.
20. A marca externa da cânula deve marcar em média 20- 21 cm em mulheres e 22- 23 cm em homens na altura dos dentes.
21. Insuflar o balonete com o volume indicado no mesmo.
22. Conectar a cânula orotraqueal ao dispositivo bolsa-válvula-máscara ou ao respirador mecânico.
23. Certificar-se da IOT: detecção do CO₂ exalado (capnografia colorimétrica ou quantitativa), embaçamento do tubo, expansão bilateral e simétrica do tórax, ausculta (epigástrico, bases e ápices esquerdos e direito).
24. Se houver intubação seletiva (tubo em um brônquio fonte, geralmente direito), deve-se tracionar um pouco para fora após desinsuflar o balonete, se houver intubação esofágica, deve-se repetir o procedimento com outro tubo.
25. Fixar o tubo com fixador próprio ou esparadrapo.

Extubação

1. Explicar o procedimento para o paciente (se possível);
2. Fazer higienização das mãos e paramentação;
3. Posicionar o paciente em posição olfativa;

4. Desinflar o balonete com pressão negativa;
5. Retirar o tubo com cuidado e em movimento contínuo.

REFERÊNCIAS:

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Suporte avançado de vida cardiovascular**: Manual do profissional. Texas: Orora visual, 2021.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021

KNOBEL, E. LASELVA, C. R.; MOURA JR, D. F. **Terapia intensiva**: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.