

Intubação Orotraqueal Adulto

Definição: A intubação orotraqueal (IOT) é um procedimento frequente em emergências e na terapia intensiva. O objetivo da intubação é manter a permeabilidade das vias aéreas, evitar broncoaspiração e permitir que a ventilação e oxigenação aconteçam de forma adequada.

Indicação:

- Procedimentos e cirurgias;
- Impossibilidade de manter via aérea pérvia;
- Insuficiência respiratória aguda grave e refratária;
- Hipoxia e/ou hipercapnia;
- Escala de Coma de Glasgow (GCS) \leq 8;
- Instabilidade hemodinâmica grave ou parada cardiorrespiratória;
- Antecipação de piora em pacientes queimados ou em pacientes com visível desconforto respiratório que poderão entrar em fadiga da musculatura respiratória;
- **Contraindicações:** transecção de traqueia

Preparação:

O primeiro passo deve assegurar que a intubação ocorra sem erros de equipamentos, além de prever se a intubação será difícil. Esse passo deve durar menos que 5 min e é sistematizado em: avaliação, checklist de material, monitorização, preparo de drogas, acesso venoso e verificação dos EPIs (equipamentos de proteção individual).

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Paramentar-se (luvas, máscara, avental, óculos).
2. Deixar o aspirador pronto.
3. Testar todos os equipamentos necessários (de preferência, mais que uma pessoa testando).
4. Deixar o oxigênio pronto para a pré-oxigenação.
5. Posicionar o tudo na mesa para facilitar o procedimento (coloque o tubo em formato anatômico – formato de vírgula).
6. Monitorizar o paciente.
7. Avaliar a via aérea do paciente.
8. Puncionar um acesso periférico de preferência com cateter sobre agulha nº18.
9. Preparar as drogas que serão utilizadas no procedimento.

10. Calçar luva estéril.

Iniciando a intubação orotraqueal

11. Testar o cuff do tubo endotraqueal.
12. Segurar o tubo com mão direita e laringoscópio com mão esquerda.
13. Colocar o laringoscópio pela rima labial direita e deslocar a língua para esquerda.
14. Tracionar o laringoscópio para cima e para frente, a aproximadamente 45°, posicionando-o na valécula (Epiglote).
15. Visualizar as cordas vocais (a intubação não pode ser realizada às cegas, devendo ser realizada sob visualização direta das cordas vocais).
16. Introduzir o tubo até que a borda proximal do cuff ultrapasse as cordas vocais. Parte distal do tubo deve estar a 5-7cm da traqueia (normalmente isso é a marca de 22cm em adultos).
17. Retirar fio guia.
18. Insuflar cuff com seringa de 6 a 10 ml de ar (20mmHg).
19. Acoplar a bolsa válvula máscara e insuflar, auscultando a região do epigástrico, pulmão esquerdo e pulmão direito, respectivamente.
20. Fixar o tubo com esparadrapo ou acessórios próprios.
21. Colocar o paciente em ventilação mecânica e manter a monitorização.

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.

PALOMO, J. S. H. Enfermagem em cardiologia: cuidados avançados. Barueri: Manole, 2007.

SCHETTINO, G.; CARDOSO, L. F.; MATTAR JR, J.; TORGGLER FILHO, F. editores. **Paciente crítico**: diagnóstico e tratamento. Barueri (SP): Manole, 2006.