

Fixar bem tubos e cateteres.

Abrir cateter gástrico, mantendo-o em sifonagem.

Verificar o ventilador de transporte, circuitos e pressão do cilindro de oxigênio.

Transportar sempre oxigênio de reserva.

Calcular uma reserva de oxigênio que permita pelo menos a ventilação durante três vezes o tempo previsto para o transporte.

Retirar o circuito do ventilador da embalagem estéril apenas no momento da troca.

Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.

Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial antes da remoção.

Utilizar filtros no circuito do ventilador.

Utilizar o sistema de aspiração fechado (trach care) em paciente muito secretivo, necessitando de PEEP em valores elevados (> 10 cm H₂O) e/ou FiO₂ alta.

Verificar as condições do filtro umidificador, trocar se estiver com secreção ou molhado.

Conectar o ventilador de transporte durante a fase de teste ao oxigênio de parede.

Ajustar o ventilador de acordo com os resultados da gasometria arterial.

Transferir o paciente para a maca de transporte da ambulância.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

121. INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

a. INDICAÇÕES

Proteção das vias aéreas (pacientes com Glasgow ≤ 8).

Hipoxemia refratária.

Parada cardiorespiratória.

Necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar.

Condição que pode cursar com obstrução de vias aéreas (anafilaxia, infecções e queimadura de vias aéreas).

b. EQUIPAMENTO

Bolsa e máscara de ventilação

Fixador de tubo

Estetoscópio

Fonte de oxigênio

Aspirador, cateteres de aspiração

Conjunto de laringoscópio

Tubos orotraqueais, dispor sempre de tubos com números maiores e menores do que o esperado

Estilete guia

Seringa de 10 ml

Lidocaína geléia

Lidocaína spray

Midazolam

Fentanil

Bloqueador neuromuscular

Cardioversor

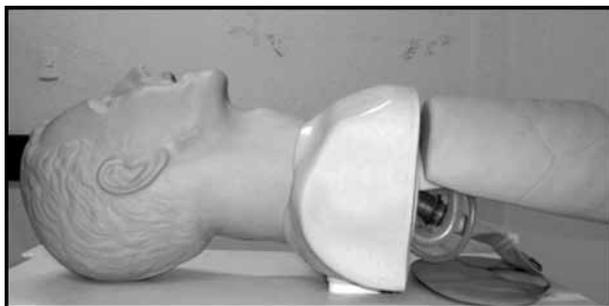
Oxímetro

Equipamento para acesso alternativo a via aérea: ventilação translaríngea, cricotireoidotomia, máscara laríngea, combitubo.



Equipamento para intubação orotraqueal.

c. TÉCNICA



Posicionamento do paciente.

Posicionar se possível o paciente em decúbito dorsal.

Posicionar-se atrás da cabeça da vítima.

Solicitar a auxiliar que estabilize a cabeça e pescoço do paciente nos casos com suspeita de trauma cervical.



Posição do farejador.

Manter o paciente na posição do farejador nos casos sem suspeita de trauma de cervical.



Pré-oxigenação do paciente consciente.

Pré-oxigenar espontaneamente (com bolsa e máscara) os pacientes conscientes.

Efetuar a monitorização com oxímetro de pulso, cardioscópio e pressão não invasiva.

Obter se possível acesso venoso periférico antes do procedimento. Sedar o paciente com midazolam 5 a 15 mg por via intravenosa associado se necessário a fentanil na dose de 50 a 150 μ g. Avaliar necessidade de bloqueador neuromuscular de ação rápida.

Testar o equipamento a ser utilizado.



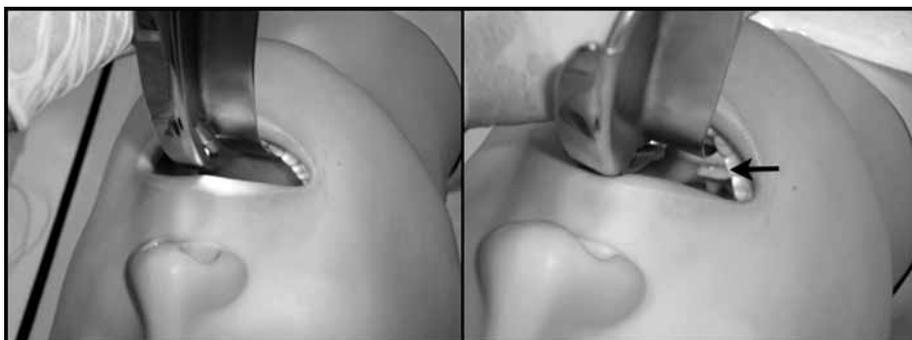
Pré-oxigenação do paciente inconsciente

Pré-oxigenar artificialmente (com ambu e reservatório) nos casos de inconsciência ou sedação.



Laringoscopia.

Realizar a laringoscopia de forma tranquila, de preferência na posição do farejador, deslocando a lâmina do laringoscópio em direção caudal com relação ao paciente (seta). Evitar o movimento de bascula com a lâmina pois há o risco de trauma em dentes incisivos superiores.



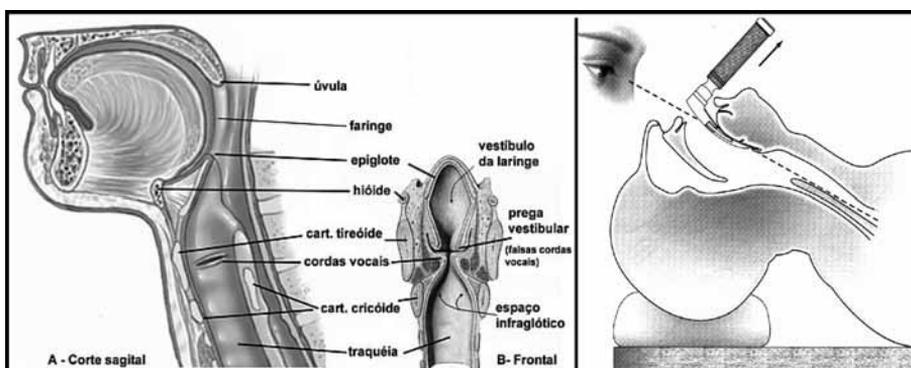
Técnica de introdução da lâmina do laringoscópio.

Introduzir a lâmina do laringoscópio acima do lábio inferior, afastando a língua lateralmente para visualizar a epiglote (seta).



Visualização das cordas vocais.

Avançar com a lâmina do laringoscópio em direção caudal, deslocar a epiglote para visualizar as cordas vocais.



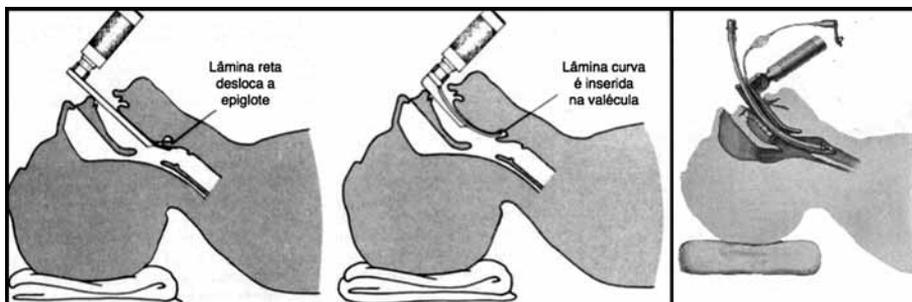
A epiglote deve ser deslocada para que as cordas vocais sejam bem visualizadas. O movimento do laringoscópio deve ser realizado em direção superior e caudal.



Introdução do tubo orotraqueal.

Introduzir o estilete guia (mandril) no tubo.

Posicionar o tubo orotraqueal para introdução.



Escolher entre as lâminas curva ou reta de acordo com sua experiência.

Visualizar as estruturas e introduzir o tubo dois centímetros entre as cordas vocais.



Posicionamento do tubo orotraqueal.

Avançar o tubo orotraqueal até 22 cm (ponto de inserção do balonete).



Retirada do mandril.



Avaliação do posicionamento do tubo orotraqueal.

Verificar a posição do tubo, através de ausculta bilateral do tórax, do epigástrio e da capnografia. Insuflar o balonete com cinco a dez mililitros de ar. Fixar o tubo em posição.

Radiografar para verificar se a posição do tubo encontra-se a mais de 2 cm da carina.

d. LEMBRETES

Observar que a luz da lâmpada do laringoscópio deve estar de cor branca, a luz amarela indica bateria fraca.

Ao introduzir o laringoscópio escolher a lâmina com as dimensões adequadas ao paciente. Lembrar que é possível utilizar uma lâmina grande para intubar um paciente pequeno, mas o inverso não é verdadeiro.

A manobra não deve durar mais do que trinta segundos.

Ventilar o paciente por trinta segundos antes da próxima tentativa no caso de insucesso.