



## SEPARAR/TESTAR EQUIPAMENTO

- |  |   |   |                                       |
|--|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cânula nasal          | <input type="checkbox"/> TET x2 tamanhos    | <input type="checkbox"/> Videolaringoscópio | <input type="checkbox"/> Kit de crico |
| <input type="checkbox"/> BVM + Válvula de PEEP | <input type="checkbox"/> Lâmina x2          | <input type="checkbox"/> Máscara laríngea   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Acesso venoso testado | <input type="checkbox"/> Cânula orofaríngea | <input type="checkbox"/> Bougie             | <input type="checkbox"/> Ventilador   |
| <input type="checkbox"/> ECG, Oximetria        | <input type="checkbox"/> Sucção             | <input type="checkbox"/> Capnografia        |                                       |

## PLANO

- Avaliação de preditores de dificuldade (LEMON)
  - Look externally/Olhar externamente
  - Evaluate/Avaliar 3:3:2
  - Mallampati
  - Obstruction/Obstrução (queimaduras)
  - Neck Mobility/Mobilidade do pescoço
- Antecipar riscos (HOpl assassinos)
  - HIPOTENSÃO → fluidos/vasopressores?
  - OXIGENAÇÃO → pré-oxigenação?
  - pH (ACIDOSE) → ventilação adequada?
  - ICP (PIC) → pré-med? controle da PA?
- Abordagem: SRI / SPI / Acordado
- Pré-Medicação e Relaxante Muscular
  - Considerar as contraindicações de succ
- Planos Primários e Secundários
- Plano de Emergência/Crico

## PRÉ-MEDICAÇÃO

**LIDOCAÍNA** 1.5 mg/kg

**FENTANIL** 3 mg/kg

## SEDATIVOS

**ETOMIDATO** 0.3 mg/kg

**QUETAMINA** 1 - 2 mg/kg

**PROPOFOL** 2 - 3 mg/kg

**MIDAZOLAM** 2 - 4 mg

**FENTANIL** 100 mcg

## RELAXANTES NEUROMUSCULARES

**SUCCINILCOLINA** 1.5 mg/kg

**ROCURÔNIO** 1.2 mg/kg

**CISATRACÚRIO** 0.3 mg/kg

**STOP**

**TIME-OUT/VERBALIZAR O PLANO**

**STOP**

CONSENTIR/EXPLICAR (se possível), verificar prontuário

Verbalizar o plano e delegar funções

Vestir EPI



## PREPARAÇÃO/SEDAÇÃO

- Posicionar o paciente, ajustar a altura do leito
- Desnitrogenação
- Administrar as medicações e esperar

## VISUALIZAÇÃO/PASSAGEM DO TUBO

- Inserir o laringoscópio  
*Rebater a língua, introduzir a lâmina, elevar a mandíbula*  
*Considerar colocar coxim occipital*
- Verbalizar grau de CL, sucção se necessário
- Ajustar visão se necessário  
Se **não visualizar** → tentar outra lâmina/operador  
Se ainda **não visualizar** → prosseguir para plano B
- Introduzir o tubo, retirar o fio-guia  
Se **não passar** → usar tubo menor  
Se ainda **não passar** → **prosseguir para via aérea difícil**

## CONFIRMAÇÃO

- Auscultar
- Capnografia
- Repetir laringoscopia se incorreto

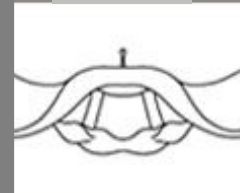
### Classificação de Cormack-Lehane

Grau 1



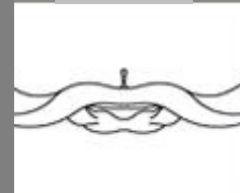
<1%

Grau 2a



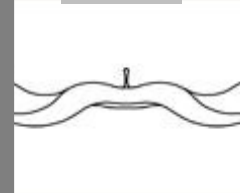
4.3%

Grau 2b



67%

Grau 3



87%

Grau 4



>95%

Probabilidade de uma via aérea difícil



### TAMANHO/PROFUNDIDADE DO TET

Mulheres	7.0 - 8.0 mm TET	21 cm
Homens	7.5 - 8.5 mm TET	23 cm
Pediátrico (16 + idade em anos) / 4		3 x tamanho do TET (mm)

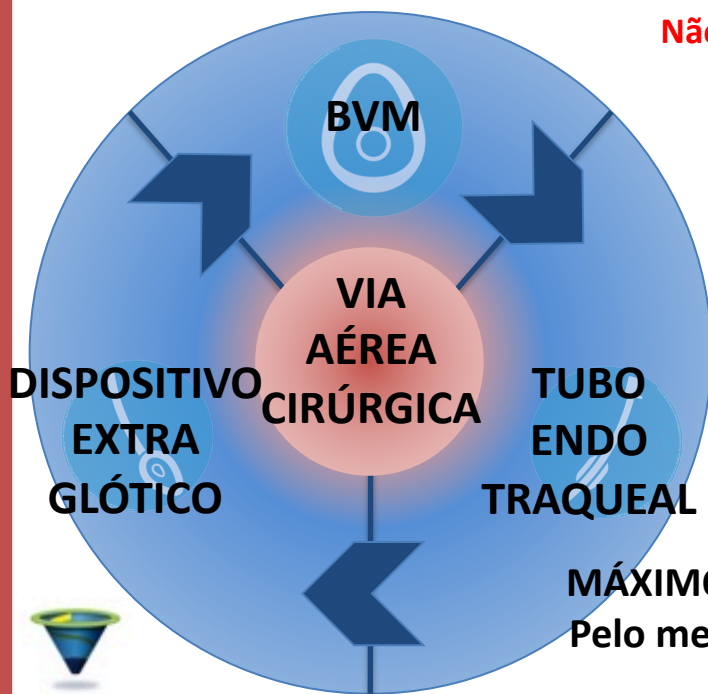


## PÓS-INTUBAÇÃO

- Fixação do TET
- Checar PA e oxigenação
  - Considerar infusão de fluido/vasopressores
  - Se instável → **protocolo de instabilidade hemodinâmica pós-intubação**
- Plano de Analgesia/Sedação
  - Hipertenso: infusão de propofol + *bolus* de fentanil
  - Hipotenso: *bolus* de fentanil + *bolus* de baixas doses de midazolam abordar e tratar a causa de hipotensão
- Parâmetros do ventilador
  - Oxigenação: FiO2 1.0 inicialmente, se hipóxico adicionar PEEP
  - Desmamar FiO2/PEEP para alcançar SpO2 > 90%
  - Ventilação: assegurar que VM corresponda à VM antes da intubação
  - usar ETCO2 ou gasometria arterial para ajustar
  - Documentar pressão de platô (antes que a paralisia diminua)
  - Monitorizar o duplo disparo enquanto a paralisia desaparece
- Conectar a linha de sucção subglótica
- Colocar sonda oro/nasogástrica
- Gasometria arterial (pelo menos 10 min pós-intubação)
- Radiografia de Tórax (idealmente depois de colocar a sonda NG)
- Elevar cabeceira do leito acima de 30 graus



## PROCEDIMENTO DE VIA AÉREA DIFÍCIL



**Não pode intubar/oxigenar → CRICO**

**Depois de cada fracasso considerar:**

- 1. MANIPULAÇÃO de**  
Posição da cabeça e/ou pescoço  
Laringe externa  
Dispositivo
- 2. EQUIPAMENTOS AUXILIARES**
- 3. TAMANHO diferente de tubo**
- 4. Realizar SUCÇÃO**
- 5. Otimizar o TÔNUS MUSCULAR**

**MÁXIMO de TRÊS tentativas de cada técnica.**  
**Pelo menos uma tentativa deve ser realizada pelo clínico mais experiente.**

## VIA AÉREA CIRÚRGICA (CRICOTIREOIDOSTOMIA)

- 1. Posicionar** (pescoço neutro) e **Prep:** esterilizar, analgesia (*se houver tempo*)
- 2. Palpar** cricoide e estabilizar traqueia (mão não-dominante)
- 3. Incisão vertical** 2-3 cm linha média
- 4. Incisão horizontal** 1-2 cm através da membrana cricotireoidea
- 5. Inserir escapelo** para dentro da traqueia, girar 90 graus
- 6. Inserir gancho traqueal** na incisão, aplicar tração superior
- 7. Inserir tubo endotraqueal** e **checar posicionamento**

## INSTABILIDADE HEMODINÂMICA PÓS-INTUBAÇÃO

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>POSIÇÃO</b> – esofágico, brônquio direito  | → <b>1. verificar posicionamento</b> |
| <b>PEEP</b> – Auto-PEEP de duplo disparo?     | → <b>2. desconectar, usar BVM</b>    |
| <b>PRÉ-CARGA</b> – perda de pré-carga/volume? | → <b>3. fluidos em bolus</b>         |
| <b>TÔNUS</b> – perda do tônus simpático       | → <b>4. iniciar vasopressores</b>    |
| <b>TENSÃO</b> – pneumotórax hipertensivo?     | → <b>5. US dos pulmões, agulha</b>   |