**Guia de Habilidades**

**Habilidade a ser desenvolvida: Intubação Orotraqueal (IOT) em Adultos Repetir no mínimo: 3 vezes**

**Habilidade previamente desenvolvida (Pré-requisito): Ventilação não invasiva com Bolsa-Válvula e Máscara**

| **Passo** | **Descrição** |
| --- | --- |
| **1** | Orientar o paciente e obter o Termo de Consentimento Informado. Se procedimento de emergência ou em pacientes não colaborativos, preenchê-lo ao final destacando a condição que impediu o paciente de assinar e pegar a assinatura de outro profissional envolvido na assistência. Mesmo quando o paciente não puder assinar, ele deve ser orientado sobre o que será realizado, o motivo e qual o benefício que obterá. |
| **2** | Reunir e o material necessário: * Luvas estéreis
* Óculos de proteção
* Laringoscópio
* Lâminas de Laringoscópio (em pacientes adultos utilizam-se, à priore, lâminas curvas números 3 ou 4)
* Cânula orotraqueal (COT) (em pacientes adultos números 7,0/ 8,5 para mulheres e / 8,0/ 9,5 para homens com balonete)
* Material para fixação da COT (Fixador específico, cadarço ou esparadrapo)
* Bolsa-válvula (“Ambu”) em máscara para ventilação não invasiva
* Fio guia
* Seringa de 20 ml
* Coxim para o crânio
* Aspirador de vias aéreas com sonda de aspiração grossa (14, 16 ou 18 pelo menos)
* Estetoscópio
 |
| **3** | Se o paciente estiver consciente e em ventilação espontânea, enquanto estiver preparando o material de intubação, ofertar suplementação com oxigênio em máscara facial. |
| **4** | Conferir o jejum do paciente. A IOT só é segura se o paciente possuir ao menos 6 a horas de jejum para sólidos ou líquidos com resíduos. Se o paciente não estiver em jejum ou se não puder informar, ele deve ser manejado seguindo-se a guia de intubação de pacientes na emergência. Pacientes vítimas de acidentes são sempre tratados como estando com o “estômago cheio” |
| **5** | Lavar as mãos |
| **6** | Assegurar adequada paramentação para o procedimento |
| **7** | Checar todo o material (Insuflar o balonete e verificar possíveis vazamentos, testar a luz do laringoscópio e o adequado encaixe entre o cabo e a lâmina, testar o aspirador) |
| **8** | Posicionar paciente em DDH, subir a cama até que o crânio esteja na altura de seu apêndice xifóide e colocá-lo em posição olfativa, com extensão cervical e protrusão mandibular sempre que não houver trauma cervical e crânio-encefálico |
| **9** | Realizar sedação e analgesia. Avaliar se há necessidade de bloqueador neuromuscular. |
| **10** | O posicionamento adequado da cabeça é fundamental. Os três eixos (oral, faríngeo, e laríngeo) devem estar alinhados para possibilitar a visualização direta da laringe. Por isso, posiciona-se o coxim abaixo da região occipital, o que possibilita que o pescoço seja flexionado ao mesmo tempo que a cabeça e estendida. |
| **11** | A laringoscopia direta, que é a realizada com a utilização do laringoscópio, busca elevar a base da língua e a epiglote, permitindo a visualização de toda a via aérea, desde a boca até a glote |
| **12** | Segurar o laringoscópio com a mão esquerda próxima à junção entre o cabo do laringoscópio e a lâmina |
| **13** | Abrir a boca do paciente com o polegar e o indicador da mão direita.  |
| **14** | Inserir a lâmina do laringoscópio na cavidade oral mantendo-o longe de dentes e lábios.  |
| **15** | Deslizar a lâmina do laringoscópio ao longo da borda direita da língua, deslocando-a para o lado esquerdo |
| **16** | Localizar a epiglote (principal referencia anatômica do procedimento); |
| **17** | Quando utilizar lâmina curva, faz-se avançar a extremidade da lâmina em direção a valécula(espaço entre a base da língua e a superfíci faríngea da epiglote). Quando se utilisa da lâmina reta, a extremidade da lâmina e colocada sobre a epiglote.  |
| **18** | Expor, então, a glote. Isso é obtido com a tração do laringoscópio para cima e para frente (ou no sentido do cabo do laringoscópio). Deve-se evitar SEMPRE o movimento de alavanca ou báscula, pelo risco de lesão dentária |
| **19** | Identificar as pregas vocais, as cartilagens aritenóides e eventualmente a própria traquéia |
| **20** | Escolher a COT que será utilizada estimando-se o diâmetro interno do espaço entre as pregas vocais. Utilize a maior cânula possível para facilitar a ventilação e a higiene pulmonar, mas evitando-se possíveis lesões durante a progressão da cânula entre as pregas. Em caso de presença de glote muito anteriorizada ou com difícil visualização, a utilização de um fio guia no interior da COT pode ser útil. Introduza o dispositivo sem atingir a abertura distal da cânula e modele o conjunto COT/Guia no melhor formato que permita a obtenção da intubação traqueal. Pode-se realizar também, nestas situações, a manobra de Sellick, que consiste na aplicação de pequena força sobre a cartilagem cricóide com o intuito de melhorar a visualização da glote. Ela deve ser interrompida, assim que o início da cânula adentrar o espaço entre as pregas vocais. |
| **21** | Pegar a COT com a mão direita e inseri-la na via aérea lateralmente. Isso evita que o tubo obstrua a sua visão da glote, permitindo acompanhar a introdução do mesmo dentro da traqueia e evitando a lesão das pregas vocais. Evite ao máximo o contato da COT com as estruturas da via aérea, com o intuito de diminuir a contaminação da porção que irá adentrar a traqueia |
| **22** | Introduzir, sob visualização, a COT na traqueia |
| **23** | Deve-se fazer avançar o tubo através do canto direito da boca, e sob visão direta, através das cordas vocais. A profundidade média que o tubo deverá alcançar é de 22cm na altura dos incisivos no homem e 21cm na mulher. |
| **24** | Sem retirar a mão da COT, insuflar o balonete com a menor quantidade de ar necessária para se evitar o vazamento do ar durante a ventilação pulmonar. Em geral, a tensão do balonete externo de controle reflete a tensão que está sendo aplicada na parede da traqueia, devendo-se evitar tensões elevadas. Quanto menor o tubo utilizado em relação à traqueia, maior quantidade de ar será necessária para promover a vedação traqueal. Se você utilizou fio guia, retire-o neste momento. |
| **25** | Conectar a bolsa-válvula (Ambu), ainda sem soltar a COT, promover a ventilação e checar o posicionamento da cânula. Se você viu a passagem do tubo entre as pregas vocais, você deve auscultar a presença de murmúrio vesicular em ambos os ápices pulmonares que devem ser pesquisados na porção superior e lateral dos dois hemitórax, logo abaixo das axilas e nas porções superiores e anteriores de ambos os hemitórax. Se a intubação ocorreu “às cegas” (sem a visualização da passagem da COT) você deve começar a ausculta pelo epigástrio, para afastar a possibilidade de intubação esofágica |
| **26** | Se houver disponibilidade de um capnógrafo, a sua conexão na COT, com a saída de CO2 durante a expiração, é a maior garantia de que a intubação foi obtida com sucesso |
| **27** | Em caso de Intubação seletiva, esvaziar o balonete e reposicionar a cânula orotraqueal. Em caso de Intubação esofágica, esvaziar o balonete e reiniciar o processo. Atenção para a possível necessidade de reposicionar o paciente de forma mais adequada. Dê preferência à utilização de nova COT devido à possível contaminação ou à presença de restos alimentares. |
| **28** | Promover adequada fixação da COT |
| **29** | Retirar as luvas e lavar as mãos |
| **30** | Solicitar RX de controle e gasometria  |
| **31** | Descrever o procedimento no prontuário |