**Guia de Habilidades**

**Habilidade a ser desenvolvida: IOT na emergência com sequência rápida Repetir no mínimo: 3 vezes**

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

| **Passo** | **Descrição** |
| --- | --- |
| **1** | Reunir e o material necessário: * Luvas estéreis
* Óculos de proteção
* Avental
* 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/ 7,5/ 8,0/ 8,5 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
 |
| **2** | Considerar o paciente como estando com o “estômago cheio”. Pacientes vítimas de acidente, mesmo que estejam em jejum, podem ter hemorragia em tudo digestivo. |
| **3** | Assegurar a melhor higiene e paramentação possível para o procedimento |
| **4** | Checar todo o material (Insuflar o balonete e verificar possíveis vazamentos, testar a luz do laringoscópio e o adequado encaixe ente o cabo e a lâmina, testar o aspirador). Neste caso de intubação de emergência utilizar uma cânula 8,0 ou 8,5 para homens adultos e 7,0 ou 7,5 para mulheres, dependendo de seu porte físico. |
| **5** | Posicionar paciente em DDH, subir a cama até que o crânio esteja na altura de seu apêndice xifóide e coloca-lo em posição olfativa, com extensão cervical e protrusão mandibular sempre que não houver trauma cervical e crânio-encefálico. Se paciente vítima de acidente, considerar realização a IOT com o colar cervical ou com alguém mantendo a estabilidade da coluna cervical firmemente. Neste caso, não provoque a extensão cervical |
| **6** | Se houver a necessidade de fármacos utilizar fármacos hipnóticos de ação curta, tais como o midazolan com ou sem fentanil em doses fracionadas na menor quantidade necessária, ou o propofol 2 mg/kg. Quando indicado relaxamento muscular, utiliza-se a succinilcolina (Quelicin®) na dose de 1 mg/kg. O paciente entrara em poucos segundos em apneia após fasciculação muscular inicial. Neste caso JAMAIS ventile o paciente PREVENTIVAMENTE. Só o faça se não conseguir a intubação e o paciente apresentar queda acentuada de saturação ou cianose, pelo risco de vômito e aspiração do conteúdo gástrico |
| **8** | Em caso de intubação de emergência deve-se realizar a manobra de Sellick, que consiste na aplicação de pequena força sobre a cartilagem cricóide com o intuito de melhorar a visualização da glote. Nesta condição ela também pode diminuir a chance de refluxo do conteúdo gástrico e aspiração |
| **8** | 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 |
| **9** | Segurar o laringoscópio com a mão esquerda próxima à junção entre o cabo do laringoscópio e a lâmina |
| **10** | Abrir a boca do paciente com o polegar e o indicador da mão direita.  |
| **11** | Inserir a lâmina do laringoscópio na cavidade oral mantendo-o longe de dentes e lábios.  |
| **12** | Deslizar a lâmina do laringoscópio ao longo da borda direita da língua, deslocando-a para o lado esquerdo |
| **13** | Localizar a epiglote (principal referencia anatômica do procedimento); |
| **14** | Encaixar ponta da lâmina do Laringoscópio na Valécula (recesso imediatamente anterior à epiglote) |
| **15** | 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 |
| **16** | Identificar as pregas vocais, as cartilagens aritenóides e eventualmente a própria traqueia |
| **17** | Pode ser interessante utilizar, desde o início, um fio guia para permitir possível ajuste da curvatura da cânula durante o procedimento |
| **18** | Pegar a COT com a mão direita e inserí-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 |
| **19** | Introduzir, sob visualização, a COT na traqueia |
| **20** | Avançar o COT até que a margem proximal do balotene ultrapasse as pregas vocais. Isso evita a lesão das mesmas durante a insuflação do balonete. Próximo a esta região, é comum as COTs apresentarem uma linha transversal na cor preta indicando o adequado posicionamento da mesma |
| **21** | 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. |
| **22** | 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 |
| **23** | 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 |
| **24** | 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. |
| **25** | Promover adequada fixação da COT |
| **26** | Retirar as luvas e lavar as mãos |
| **27** | Solicitar RX de controle quando disponível |
| **28** | Descrever o procedimento no prontuário e preencher Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao final, destacando a condição que impediu o paciente de assinar e pegar a assinatura de outro profissional envolvido na assistência.  |