

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PEDIÁTRICO

Definição: O objetivo da intubação é manter a permeabilidade das vias aéreas e permitir que a ventilação e oxigenação aconteçam de forma adequada.

Indicação:

- Situações de insuficiência respiratória aguda em que haja falha das medidas não invasivas;
- Obstrução de vias aéreas superiores;
- Fraqueza neuromuscular;
- Ausência de reflexos de proteção de via aérea;
- Instabilidade hemodinâmica;
- Ventilação terapêutica controlada;
- Hipertensão intracraniana;
- Hipertensão pulmonar;
- Acidose metabólica;
- Processos infecciosos graves;
- Queimaduras graves/lesão por inalação;
- Eletiva para cirurgias e procedimentos com necessidade de controle ventilatório, proteção de vias aéreas ou coleta de secreção como broncoscopia.

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 ser sistematizado em: avaliação, checklist de material, monitorização, preparo de drogas e acesso venoso.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

- Paramentar-se (luvas, máscara, avental e óculos de proteção);
- Deixar o aspirador de secreção pronto;
- Testar todos os equipamentos necessários (de preferência, mais que uma pessoa testando);
- Deixar o oxigênio pronto para a pré-oxigenação;
- Posicionar todo o material na mesa para facilitar o procedimento;
- Monitorizar o paciente;
- Avaliar a via aérea do paciente;
- Providenciar um acesso periférico de preferência com cateter sobre agulha nº 24 (levar em consideração a idade da criança);

- Preparar as drogas que serão utilizadas no procedimento.

Iniciando a intubação Orotraqueal

- Posicionar a criança de maneira adequada para manter patente a via aérea: até 2 anos de idade usar coxins subescapular e em maiores de 2 anos de idade usar suboccipital;
- Administrar 1 ventilação por segundo somente se necessário. Evitar ventilação se possível (paciente mantendo drive respiratório);
- Aspirar a via aérea, se necessário;
- **Escolha do tubo endotraqueal:** ter a disposição um menor e um maior que o indicado;
- **Escolha da máscara facial:** deve cobrir da glabella até o mento, sem realizar compressão ocular;
- **Escolha do bolsa válvula máscara:** caso não possua o tamanho do material adequado para o paciente e só possua tamanho de tamanho maior, lembrar de manter a válvula de segurança doambu aberta para evitar barotrauma e volutrauma;
- **Escolha da Lâmina do laringoscópio:** pode ser utilizada tanto lâmina reta quanto a curva em crianças de até 8 anos. Após essa idade deve-se utilizar a lâmina curva;
- Segurar o laringoscópio com mão esquerda;
- Colocar o laringoscópio pela rima labial direita e deslocar a língua para esquerda;
- Tracionar o laringoscópio para cima e para frente, a aproximadamente 45°, posicionando-o na valécula (Epiglote);
- Visualizar as cordas vocais (a intubação não pode ser realizada às cegas, devendo ser realizada sob visualização direta das cordas vocais);
- Introduzir tubo até 3x o tamanho da cânula orotraqueal (COT) em lábio superior;
- Retirar fio guia;
- Colocar capnógrafo;
- Insuflar o cuff se cânula com cuff;
- Acoplar a bolsa válvula máscara e insuflar;
- Checar curva de capnografia;
- Checar posicionamento por ausculta: auscultar o epigástrio, pulmão esquerdo e pulmão direito;
- Fixar o tubo com acessórios próprios;
- Colocar o paciente em ventilação mecânica e manter a monitorização;
- Após o procedimento de intubação orotraqueal (IOT) deve ser observado: visibilização da expansibilidade e simetria do tórax, ausculta do murmúrio vesicular, oximetria;
- Realizar RX de tórax;
- Iniciar sedação conforme necessidade.

REFERÊNCIAS:

MARCONDES, E. **Pediatria Básica**, 9.ed.São Paulo: Sarvier, 2002.

MARTIN, J.G.; FIORETTO, J.R.; CARPI, M.F. **Emergências pediátricas**. 1. Ed. São Paulo: Atheneu, 2019.