



1. FINALIDADE

Este Procedimento Operacional Padrão tem a finalidade de padronizar as operações de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência e Emergência (**APHUE**) no acesso avançado a via aérea.

Tem como objetivo central servir como um roteiro operacional padronizado e ostensivo, principalmente com foco na atuação protocolar dos profissionais de saúde, podendo servir de apoio às demais gestões organizacionais envolvidas no evento.

2. CONSIDERAÇÕES

Entenda-se por *sniff position* a manobra de **máxima** flexão cervical seguida da **máxima** extensão atlanto-occipital, com vista a produzir o máximo alinhamento dos eixos das vias aérea e digestiva, proporcionando a melhor visualização possível do anel glótico. Ao término dessa manobra, jaz um espaço suboccipital, o qual deve ser preenchido por coxim que mantenha a cabeça nesta posição. Atenção: em suspeita de trauma de coluna cervical (ver algoritmo IV), a coluna cervical e a cabeça devem ser mantidas em alinhamento como tronco.

A introdução da máscara laríngea (via aérea supraglótica eleita para uso no CBMERJ, em função da maior experiência relatada na literatura) como **primeira escolha** de acesso à via aérea deve ser considerada nas seguintes condições:

- parada cardiorrespiratória extra-hospitalar (oficial médico ou enfermeiro);
- vítima de trauma com GCS < 8 atendida por **oficial enfermeiro**, caso a abordagem conservadora inicial (cânula oro/nasofaríngea e oxigenioterapia) não corrija a hipoxemia e/ou os sinais de hipoventilação (bradipnéia ou taquipnéia com uso de músculos acessórios da ventilação) e o tempo de evacuação estimada seja superior a 10 min.

Saliente-se que a intubação orotraqueal e a cricotiroidostomia são de competência exclusiva do oficial médico.

A cricotiroidostomia primária tem sua indicação restrita a trauma complexo do terço médio da face com obstrução não resolvida de via aérea por corpo estranho, inclusive, sangue em fluxo ininterrupto e volumoso.

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO

Acesso avançado à via aérea



1. Padrão ventilatório "muito rápido" com uso de músculos acessórios?
2. Ventilação difícil com bolsa-máscara?
3. Suspeita de lesão cerebral traumática com ECG < 8?
4. Suspeita de queimadura de vias aéreas?

n

Consultar Algoritmo II

s

Ventilação
bolsa/máscara/
reservatório com
oxigênio a 10 l/min por 1
minuto.

1. Sedativos

- a) Midazolan 0,1-0,3 mg/kg.
- b) Fentanil 2-3 mcg/kg.
- c) Cetamina 1-2 mg/kg; alerta para o desenvolvimento de nistagmo; **primeira escolha para vítimas em choque circulatório.**

2. Bloqueadores neuromusculares

Succinilcolina 1-2 mg/kg é a primeira escolha; cuidado com a possibilidade de hipercalemia e parada cardiorrespiratória, sobretudo em grande queimado ou suspeita de rabdomiólise. Se contraindicada, usar preferencialmente vecurônio (0,08 a 0,1mg).

3. BURP: comprimir a cartilagem **tiroide** em direção dorsal, cefálica e para a direita do paciente.

4. A máscara laríngea rígida (2ª geração) permite inserção mais fácil e **com pescoço alinhado**.

ECG, escala de coma de Glasgow.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL

1. No trauma, **alinhamento manual da coluna cervical**.
2. Farmacologicamente assistida¹.
3. Se houver trismo ou espasmo de laringe, usar bloqueador neuromuscular².
4. Se não visualizada nenhuma parte da glote, considerar pressão laríngea (BURP)³ por auxiliar.

Falha em no máximo 3 tentativas, com ventilação/oxigenação entre elas (até spo2 > 90%)

INTRODUÇÃO DE VIA AÉREA SUPRAGLÓTICA⁴

1. Preferência por máscara laríngea rígida (2ª geração).

Falha em no máximo 3 tentativas, com ventilação/oxigenação entre elas (até spo2 > 90%)

CRICOTIROIDOSTOMIA

<http://bjia.oxfordjournals.org/content/115/6/827.full.pdf+html>

Este Procedimento Operacional deverá ser colocado e classificado em fichário específico o qual deverá ficar permanentemente na SsCO