



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



RESOLUÇÃO Nº 70, DE 11 DE FEVEREIRO 2020. DO CONSELHO CURADOR DA FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

O Presidente do Conselho Curador da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, no uso de suas prerrogativas legais e estatutárias e, considerando:

1- Que a Diretoria Executiva da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião, apresentou na 37ª Assembleia Geral Ordinária deste Conselho Curador, ocorrida em 11/02//2020, a proposta de aprovação do Protocolo de Operacionalização do Carrinho de Emergência pelas Unidades de Saúde

2- Que foram prestados todos os esclarecimentos com relação à matéria.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar o Protocolo de Operacionalização do Carrinho de Emergência pelas Unidades de Saúde, que fica fazendo parte integrante desta resolução – Anexo I.

Art. 2º. Essa Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Sebastião, 11 de fevereiro de 2020.


Ana Cristina Rocha Soares
Presidente Conselho Curador



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



ANEXO I

“Dispõe sobre o Protocolo de Operacionalização do Carrinho de Emergência pelas Unidades de Saúde, aprovado pela 37ª Assembleia Geral Ordinária do Conselho Curador da Fundação de Saúde Pública de São Sebastião”.

Ana Cristina Rocha Soares, Presidente do Conselho Curador, nos exercícios de suas atribuições legais,

Considerando a necessidade de regulamentar a Operacionalização do Carrinho de Emergência pelas Unidades de Saúde.

RESOLVE:

PROCOLO DE OPERACIONALIZAÇÃO DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA PELAS UNIDADES DE SAÚDE

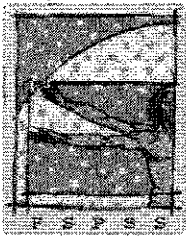
Carro de Emergência

Protocolo Operacional Multiprofissional

1. INTRODUÇÃO

Situações de emergência exigem que o tempo de resposta do processo a ser executado seja curto, reforçando a necessidade de padronização das ações, treinamento, segurança na disponibilidade de materiais, equipamentos e medicamentos e determinação clara das responsabilidades. Diante disso, é essencial o comprometimento dos profissionais envolvidos e a participação dos mesmos nas discussões de melhoria dos processos. A parada cardiorrespiratória é um momento crucial tanto para o paciente que necessita de manobras de emergência e alta performance da equipe, quanto para os profissionais de saúde que participam do atendimento e dependem da suficiência de materiais, equipamentos e medicamentos para manter a qualidade e a segurança, aumentando as chances de sucesso durante o procedimento. Sendo assim, a implantação

do Protocolo Operacional Multiprofissional é imprescindível sendo sua padronização de medicamentos e materiais do carro de emergência, bem como a checagem do funcionamento do desfibrilador são medidas essenciais que em conjunto com a



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



capacitação da equipe precisam ser padronizadas e revisadas periodicamente em busca da melhoria contínua.

2. OBJETIVO

- a) Padronizar os medicamentos, materiais e equipamentos constituintes do carro de emergência;
- b) Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios (desfibrilador, laringoscópios e outros);
- c) Definir responsabilidades;
- d) Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos.

3. PÚBLICO ALVO

Clientes ambulatoriais que necessitem de atendimento emergencial, tais como: parada cardiorrespiratória; comprometimento nas vias aéreas/ventilação; instabilidade hemodinâmica progressiva; choque; hemorragia intensa, erupções cutâneas com comprometimento de vias aéreas, perda súbita do nível de consciência; convulsões; entre outros.

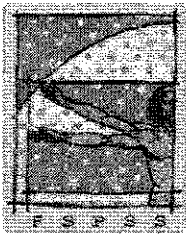
4. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todas as Unidades Básica de Saúde e de atendimento ambulatorial especializado em que há atendimento ao público com doenças agudas e crônicas que possam agudizar.

5. RESPONSABILIDADES

- a) **Equipe Multiprofissional** - Conhecer o conteúdo e a disposição de materiais e de medicamentos contidos no carro de emergência; realizar educação permanente junto a equipe;
- b) **Médico** - Prestar suporte necessário no momento do atendimento ao cliente em situação de urgência ou emergência, e prescrever os medicamentos utilizados no atendimento, para a reposição do carro de emergência.

Enfermeiro - Organizar o carro de emergência e seus componentes acessórios; Elaborar escala de serviço para limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios; Monitorar o cumprimento das atividades pelos



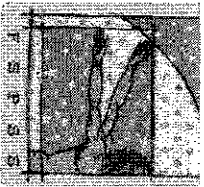
FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



- a) técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme escala de serviço; Realizar a testagem funcional do laringoscópio e do desfibrilador; Conferir os lacres do carro de emergência (conferência diária do lacre); Listar, quantificar e repor os medicamentos e materiais do carro de emergência que foram utilizados; Controlar periodicamente os materiais contidos no carro quanto a sua presença, quantidade e validade.
- b) **Técnico/Auxiliar de Enfermagem** - Realizar a limpeza do carro de emergência e do desfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala de serviço e/ou após o atendimento emergencial; auxiliar o enfermeiro na organização do carro de emergência, todos os membros da equipe de enfermagem podem realizar a conferência, reposição e limpeza do equipamento, desde que sob supervisão do Enfermeiro.
- c) **Responsável Técnico/Chefe de Unidade** - Supervisionar e cumprir o protocolo; propor educação permanente, se identificado qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso;

Farmacêutico/ Técnico em Farmácia - Dispensar os medicamentos padronizados para reposição do carro, mediante ao formulário preenchido e assinado pelo Enfermeiro. Controlar periodicamente os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

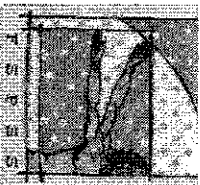
6. NORMAS E ROTINAS

CONTROLE DO CARRO DE EMERGÊNCIA

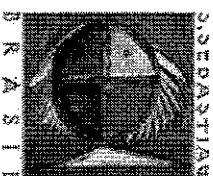
O carro de emergência ou carro de parada fica localizado na sala de observação deste Serviço, ou em um ambiente de fácil acesso a todos. É responsabilidade do Enfermeiro o seu controle diário, a fim de que os mesmos estejam disponíveis e completos para uso imediato em caso de necessidade. O Enfermeiro deve manter o carro completo quanto a quantidade, validade e organização dos medicamentos e materiais. O Enfermeiro deve conferir o carro de emergência mensalmente, no último dia útil de cada mês, independentemente de terem sido abertos em data anterior. O controle da abertura é feito através da numeração do lacre. A conferência do carro aberto é feita através dos *CHECK-LIST 1,2,3, 4* em anexo. O controle do lacre é feito através dos impressos em anexo (*Controle de Abertura de Lacre do Carro de Emergência*)

É possível que o Enfermeiro delegue esta função ao Técnico e ou auxiliar de Enfermagem.

Nº DA AÇÃO	AGENTE	AÇÃO	NOTA
1	Enfermeiro	Faz a conferência do carro, conforme os passos: a. Verificar a presença e o número do lacre antes de abrir o carro de emergência para conferência; b. Preencher o check-list de controle de abertura, registrando todas as informações de acordo com o direcionamento do mesmo; c. Avaliar a conformidade dos materiais e medicamentos com relação à presença do item quantidade e validade; d. Observar a validade dos medicamentos e materiais e retirar aqueles que irão vencer nos próximos 02 meses, a contar da data que a inspeção/reposição está sendo realizada; e. Repor todos os itens e ao término lacrar; f. Preencher formulário com número do novo lacre.	Diariamente o enfermeiro deverá registrar no impresso de controle diário o número do lacre encontrado. Sempre conferir a validade de medicamentos e materiais antes de fazer a reposição. Após a abertura, os medicamentos utilizados deverão ser repostos imediatamente, testar diariamente os laringoscópios e conferir o cilindro de oxigênio.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

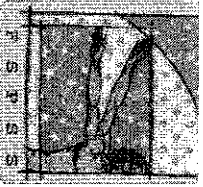


ORGANIZAÇÃO, CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Carro de Emergência e materiais padronizados, Lacs numerados; Formulários padrão para conferência; Pilhas reservas, EPI (Equipamento de Proteção Individual) são itens que devem estar disponíveis para estabelecer um procedimento padrão para organização e conferência, bem como gestão dos medicamentos e insumos do Carro de Emergência nas Unidades Básicas de Saúde. O carro de emergência deverá constituir-se de um armário móvel com gavetas suficientes para a guarda de medicamentos, materiais e de equipamentos a serem utilizados em situações de emergência e de urgência. A composição do carro de emergência quanto a estrutura e componentes deverá seguir a seguinte sequência:

1. Base superior: Desfibrilador automático; Oxímetro de pulso, mascara válvula bolsa infantil e adulto devidamente embalados.
 2. Base superior: Caixa plástica, conforme os itens do anexo *CHECK-LIST 4 – Materiais de Imbabação*.
 3. Bancada auxiliar do carro de emergência: aspirador portátil devidamente montado e ligado na energia elétrica.
 4. 1ª e 2ª Gaveta: Medicamentos, em ordem alfabética conforme os itens dos anexos *CHECK-LIST 1 Controle de Medicamentos e Distribuídos nas Gavetas*
 5. 3ª e 4ª Gaveta: Correlatos, conforme os itens dos anexos *CHECK-LIST 2 - Controle de Correlatos*.
 6. 5ª Gaveta: Correlatos – Soluções, conforme os itens dos anexos *CHECK-LIST 3 – Controle de Correlatos – Soluções*.
 7. Parte posterior do carro de emergência ou em qualquer local de melhor visibilidade: Prancha de reanimação cardiopulmonar
 8. Parte lateral do carro de emergência: Cilindro e frasco de aspiração devidamente montado com fluxômetro e manômetro conectados e ligados na energia elétrica.
- ATENÇÃO: A organização do carro de emergência deverá ocorrer impreterivelmente conforme as disposições expostas nesta norma.**

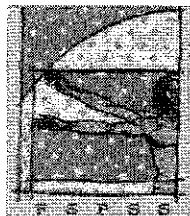
Nº DA AÇÃO	AGENTE	AÇÃO	NOTA
1	Enfermeiro	<p>Confeccionar e supervisionar a escala semanal da equipe de enfermagem para conferência e reposição do carro de emergência.</p> <p>Identificar, promover a capacitação e/ou atualização da equipe de enfermagem ao atendimento de urgência/emergência;</p> <p>Conferir e solicitar a farmácia repor os medicamentos e materiais do carro de emergência;</p> <p>Controlar a validade dos medicamentos e materiais;</p> <p>Encaminhar à farmácia os medicamentos e materiais quando faltar dois (02) meses para a expiração do prazo de validade, para que a farmácia proceda a substituição;</p> <p>Comunicar/encaminhar ao serviço de farmácia os medicamentos com necessidade de troca/reposição;</p> <p>Orientar a equipe a importância de manter o carro em ordem e com todos os itens padronizados.</p>	<p>Diariamente:</p> <p>Verificar carga do desfibrilador;</p> <p>Testar funcionalidade do laringoscópio. Não deixar pilhas no cabo;</p> <p>Conferir lacre do carro de emergência.</p> <p>Mensalmente:</p> <p>Realizar a conferência mensal do carro de emergência com o auxílio do técnico/auxiliar de enfermagem;</p> <p>Arquivar e repor formulários utilizados para a conferência do carro de emergência.</p> <p>Sempre que o carro de emergência for utilizado (lacre violado):</p> <p>Proceder à sua higienização; Repor o material o mais breve possível através de</p>



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO
Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



2	Auxiliar/tec. de enfermagem	<p>Mantém o Carro de Emergência em ordem e sempre no local pré-definido sem qualquer obstáculo à sua mobilização;</p> <p>Mantém o desfibrilador sempre ligado à corrente elétrica, ou conforme orientação do fabricante;</p> <p>Auxiliar a equipe no atendimento ao paciente;</p> <p>Auxiliar o enfermeiro na conferência mensal</p>	<p>verificação do CHECK-LIST 1,2,3,4 de todo o material. Registrar na folha de abertura do carro de emergência;</p> <p>Lacrar o Carro de Emergência após cada verificação e/ou reposição.</p> <p>Em todos os registros deve constar: data, hora, assinatura legível, matrícula, número do conselho de classe.</p> <p>As folhas de registro devem ser preenchidas e arquivadas na unidade.</p> <p>Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual</p>
---	-----------------------------	--	---



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 01/06
Código POP-01	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão no 1.0
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR				

1. OBJETIVO

Promover reanimação cardiopulmonar (RCP) utilizando manobras de suporte básico e avançado de vida.

2. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. APLICAÇÃO

Este POP aplica-se a todos os colaboradores que trabalham nas unidades de saúde e diretorias técnicas, em especial, a equipe de enfermagem

4. LOCAL DE APLICAÇÃO

Sala de procedimentos, observação ou ambiência de fácil acesso de todos.

5. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e Médicos.

6. MATERIAIS

- a) Luva de procedimento
- b) Óculos de proteção;
- c) Carrinho de emergência
- d) Material para intubação endotraqueal;
- e) Desfibrilador;
- f) Eletrocardiógrafo;
- g) Biombo;
- h) Prancha para massagem cardíaca;
- i) Ressuscitador pulmonar manual/bolsa-válvula-máscara (BVM);
- j) Máscara, extensão de látex;
- k) Fonte de oxigênio;
- l) Eletrodos;
- m) Monitor cardíaco;
- n) Ventilador mecânico.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 02/06
Código POP-01	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR				

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- a) Higienizar as mãos;
- b) Colocar máscara, óculos e luvas de procedimento;
- c) Aproximar o carrinho de emergência, desfibrilador e eletrocardiógrafo, ressuscitador automatizado e o monitor cardíaco
- d) Providenciar contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (192) para ajuda no atendimento do paciente;
- e) Isolar a maca do paciente com biombo caso haja outros na sala. Se tiver acompanhante, solicitar que aguarde na sala de espera;
- f) Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- g) Se o paciente não estiver sobre uma superfície rígida e plana, colocar a prancha de massagem cardíaca sob o tórax do paciente ou instalar o ressuscitador automatizado quando disponível;
- h) Designar um profissional para providenciar acesso venoso permeável e de grande calibre;
- i) Monitorizar o paciente e identificar o ritmo de parada;
- j) Iniciar a sequência adequada de procedimentos (C-A-B): C – para reduzir o tempo até a primeira compressão, deve-se iniciar a RCP com 30 compressões torácicas. (Se 2 socorristas para bebê ou criança, aplicar 15 compressões); após compressões torácicas, abrir a via aérea com inclinação da cabeça/elevação do queixo ou anteriorização da mandíbula; B – fazer 2 ventilações de modo que o tórax se eleve e, após, reiniciar imediatamente as compressões torácicas;
- k) Desfibrilar imediatamente em casos que houver indicação (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular).



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 03/06
Código POP-01	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR				

8. RESSUSCITAÇÃO EM EQUIPE

- a) 1 socorrista: aciona o serviço de emergência/urgência;
- b) 1 socorrista: inicia as compressões torácicas;
- c) 1 socorrista: aplica ventilações ou busca a BVM;
- d) 1 socorrista: busca e configura um desfibrilador.

9. COMPRESSÕES CARDÍACAS

- a) Comprimir, com firmeza, força, rapidez e continuamente, mantendo os braços estendidos e posicionando as mãos entrelaçadas sobre o esterno e entre os mamilos (caso de paciente adulto) a uma frequência mínima de 100 a 120 compressões/minuto, permitindo que o tórax recue totalmente após cada compressão. Realizar cinco ciclos de 30 compressões para 2 ventilações em adultos (1 ou 2 socorristas); 30:2 em criança/bebê (1 socorrista) e 15:2 em criança/bebê (2 socorristas). Alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos
- b) Durante RCP, com via aérea avançada em posição, não se deve mais aplicar ciclos de compressão com pausas para ventilação;
- c) A cada 2 minutos, observar o traçado eletrocardiográfico, proceder a palpação do pulso carotídeo ou femoral, verificar coloração da pele, respiração e reações do paciente.

10. VENTILAÇÃO ARTIFICIAL

- a) Solicitar a ajuda de uma pessoa para iniciar a ventilação artificial, com ressuscitador pulmonar manual (BVM) conectando-o à rede de oxigênio a um fluxo de 15 litros (de oxigênio) por minuto;
- b) Retirar prótese dentária, se houver;
- c) Realizar manobra de abertura das vias aéreas com hiperextensão da cabeça (exceto em suspeita de lesão cervical quando deverá ser usada a manobra de tração da mandíbula sem inclinação da cabeça);



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 04/06
Código POP-01	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR				

- d) Adaptar o dispositivo BVM à boca e nariz do paciente, conectar ao oxigênio, enquanto é providenciada a intubação traqueal (se necessária). A máscara é posicionada com o seu polegar e dedo indicador, fazendo um "C", enquanto os demais dedos da mesma mão são usados para manter a cabeça em posição adequada levantando a mandíbula ao longo da sua porção óssea. Os dedos restantes devem formar um "E";
- e) Realizar duas ventilações a cada 30 compressões (adultos com 1 ou 2 socorristas e criança/bebê com 1 socorrista) e duas ventilações a cada 15 compressões (criança e bebê com 2 socorristas). Em paciente com via aérea avançada em posição (máscara laríngea, com bitubo ou tubo endotraqueal), aplicar ventilações a uma frequência de 10 ventilações/minuto (uma ventilação a cada 6 segundos) sem interrupção das compressões.

11. DESFIBRILAÇÃO/MONITORIZAÇÃO

- a) Se a avaliação primária revela que o paciente não tem pulso, um DEA/Monitor/Desfibrilador deve ser conectado rapidamente ao paciente. A RCP deve ser aplicada imediatamente e usar o DEA/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível. Recomenda-se um só choque acompanhado de RCP imediata por 2 minutos, até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo cardíaco;
- b) As pás manuais ou os eletrodos descartáveis devem ser posicionados sobre o tórax desnudo, de acordo com as instruções do fabricante, podendo estar identificados de acordo com sua posição no tórax (esterno/ápice, frente/dorso), ou de acordo com sua polaridade (positiva-negativa);
- c) Utilizar gel condutor, pasta ou eletrodos preenchidos com gel;
- d) Ligar o monitor/desfibrilador e verificar a presença de um ritmo passível de choque no monitor;
- e) Selecionar o nível adequado de energia de 360J;



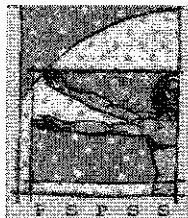
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 05/06
Código POP-01	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR				

- f) Solicitar que todos os envolvidos no procedimento se afastem do paciente/maca;
- g) Disparar o choque;
- h) Caso sejam utilizadas as pás certifique de que seja aplicada uma firme pressão (cerca de 13 Kg) em cada pá;
- i) Checar o pulso, se existir um ritmo organizado ao monitor e houver a presença de pulso, verificar a pressão arterial e outros sinais vitais do paciente e iniciar os cuidados pós-ressuscitação;
- j) Caso exista um ritmo organizado no monitor, mas não haja pulso (AESP), ou se o ritmo for assistolia, reiniciar a RCP, considerar as possíveis causas da parada e administrar as medicações e outros cuidados emergenciais.

12. RECOMENDAÇÕES/OBSERVAÇÕES

- a) Uma RCP de boa qualidade contempla: fazer compressões fortes (5cm ou 2 polegadas), permitir que o tórax retorne completamente após cada compressão, minimizar as interrupções nas compressões torácicas e evitar a hiperventilação.
- b) A aplicação de ventilações muito rápidas ou com muita força desloca o ar para o estômago, causando distensão gástrica. Isto pode gerar complicações graves, como: vômitos, aspiração e pneumonia.
- c) Se não há certeza de que a vítima tem pulso, iniciar os passos de RCP. Uma RCP desnecessária é menos prejudicial que não realizar a RCP. A hiperventilação pode piorar a evolução da parada cardíaca, reduzindo o retorno venoso para o coração e diminuindo o fluxo sanguíneo durante a compressão torácica.

Em bebês (com menos de 1 ano de idade), é preferível um desfibrilador manual. Se não houver um desfibrilador manual disponível, aconselha-se um DEA com atenuação de carga pediátrica.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações

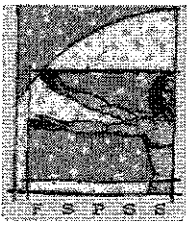


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 06/06
Código POP-01	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR				

- e) Após aplicação do choque (desfibrilação), a monitorização do ECG pelas pás e eletrodos de gel pode mostrar uma falsa assistolia com duração de até 3 a 4 minutos
- f) Havendo necessidade de confirmação da assistolia utilizando-se eletrodos de ECG em substituição as pás.
- g) Drogas IV administradas em bolus na parada cardíaca devem ser seguidas de um flush de 20 ml de SF 0,9%.
- h) Há que se evitar esforços para punção de um acesso venoso calibroso, caso paciente ainda não o tenha.
- i) O soco precordial não deve ser usado em PCR extra-hospitalar não presenciada.
- j) Poderá ser considerado para pacientes com taquicardia ventricular (TV) instável (inclusive TV sem pulso) presenciada e monitorizada se não houver um desfibrilador imediatamente pronto para uso. No entanto, ele não deverá retardar a RCP nem a aplicação dos choques.

13. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** – 1. ed.; 1. Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.:il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 07/09
Código POP-02	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE LARINGOSCÓPIO				

1. OBJETIVO Remover

sujidades; Reduzir carga

microbiana;

Prevenir infecções relacionadas a assistência à saúde.

2. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. APLICAÇÃO

Este POP aplica-se a todos os colaboradores que trabalham nas unidades de saúde e diretorias técnicas, em especial, a equipe de enfermagem

5. LOCAL DE APLICAÇÃO

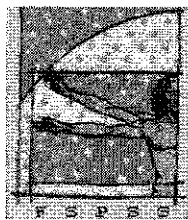
Sala de procedimentos, observação ou ambiência de fácil acesso de todos.

6. RESPONSÁVEIS

Enfermeiros, Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem e Médicos.

7. MATERIAIS

- a) Equipamentos de Proteção Individual – EPI - (avental, luvas de procedimento máscara cirúrgica e óculos de proteção)
- b) Bandeja com o laringoscópio (cabo e lâmina) contaminado
- c) Compressas limpas
- d) Sabão líquido
- e) Álcool a 70%

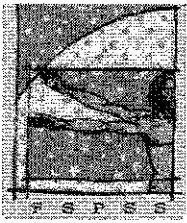


	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 08/09
Código POP-02	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE LARINGOSCÓPIO				

f) Água corrente

8. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- a) Higienizar as mãos
- b) Reunir os materiais necessários
- c) Colocar os materiais necessários sobre a bancada limpa da pia dos expurgos.
- d) Colocar EPI's
- e) Retirar as pilhas do cabo do laringoscópio. Reservar as pilhas em local limpo.
- f) Desconectar as partes do laringoscópio: lâmina, cabo e lâmpada, mantendo-os no interior da cuba rim.
- g) Umedecer duas compressas: uma somente com água, e a outra, com água e um pouco de sabão líquido.
- h) Friccionar a parte externa do cabo com compressa úmida ensaboada, até a remoção de toda a sujidade.
- i) Friccionar a lâmpada com compressa úmida ensaboada, até a remoção de toda a sujidade.
- j) Remover a espuma do sabão e resíduos do cabo e da lâmpada com a compressa úmida com água. Reservá-los sobre uma compressa limpa e seca.
- k) Umedecer a lâmina em água corrente.
- l) Friccionar a lâmina com a compressa com sabão líquido, até a remoção de toda a sujidade.
- m) Remover a espuma do sabão e resíduos da lâmina em água corrente.
- n) Escoar o excesso de água da lâmina. Reservá-la junto a lâmpada e o cabo.
- o) Retirar as luvas e calçar novas luvas de procedimento.
- p) Secar o conjunto lâmpada, cabo e lâmina com a compressa.
- q) Embeber outra compressa limpa com álcool 70%.
- r) Friccionar a compressa na lâmpada, lâmina e na parte externa do cabo. Repetir o procedimento três vezes.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 09/09
Código POP-02	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE LARINGOSCÓPIO				

- s) Colocar a lâmpada na lâmina e as pilhas no cabo.
- t) Ajustar as partes do laringoscópio e realizar o seu teste funcional.
- u) Retirar os EPIs.
- v) Dar destino adequado aos materiais.
- w) Higienizar as mãos.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. 2017, 201p.

BRUNA, C. Q. M., SOUZA, R. Q., ALMEIDA, A. G. C. S et al. Processamento de cabos de laringoscópio: revisão integrativa. São Paulo: **Rev. Sobecc.**, v. 21, n. 1, p. 37-40, 2016.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Infecções do trato respiratório: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência saúde**. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos. Brasil, 2009. 27p.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 10/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

1. OBJETIVO

O objetivo deste protocolo é descrever um raciocínio reproduzível que permite auxiliar as ações e decisões no manejo da via aérea do adulto, aumentando as chances de sucesso, mesmo em contextos desafiadores.

2. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. APLICAÇÃO

Todas as situações que demandem manejo de via aérea, especialmente no contexto de Medicina de Emergência.

4. LOCAL DE APLICAÇÃO

Sala de procedimentos, observação ou ambiência de fácil acesso de todos.

5. RESPONSÁVEIS

Médicos

6. INDICAÇÃO E DEFINIÇÃO

A decisão sobre quando realizar intubação ou qualquer outra via aérea avançada é muito complexa e baseia-se em diversos parâmetros e julgamentos. De maneira geral, a decisão é baseada em 3 parâmetros fundamentais:

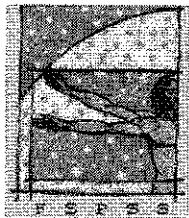
a) Há falha em manter a via aérea protegida/pérvia?

b) Há falha na ventilação ou oxigenação?

c) Há necessidade de se antecipar a um possível desfecho clínico desfavorável? Um outro modo de racionalizar as indicações de intubação é de acordo com as 6 indicações do ABCDEG das Vias Aéreas:

A – Ar / Via Aérea: Há obstrução de via aérea? Estática ou dinâmica?

B – Breathing (Respiração): Há falha na ventilação ou oxigenação?



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 11/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

- c) C – Circulação: O paciente dos indícios de fadiga da musculatura respiratória por estar no limite de sua resposta metabólica ou hemodinâmica?
- d) D – Deficiência: Há falha em manter a via aérea protegida/pérvia?
- e) E – Sequência Esperada: Há necessidade de se antecipar a um possível desfecho clínico desfavorável?
- f) G – Geral: O paciente está muito agitado e somente com estabelecimento de via aérea avançada suas doenças serão tratadas da melhor maneira possível?

Sistematizar e entender as indicações de via aérea avançada é importante para saber quando e como procedê-la.

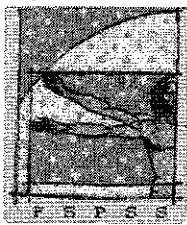
Via Aérea Difícil: aquela em que a avaliação pré procedimento identifica atributos que predizem laringoscopia, intubação, ventilação com bolsa-válvula-máscara (BMV), uso de dispositivos supraglóticos ou via aérea cirúrgica mais difíceis do que em outros pacientes sem esses atributos.

Via Aérea Falha: ocorre quando o plano principal escolhido para estabelecer a via aérea avançada falha e é necessário lançar mão de planos de resgate. Acontece nas seguintes condições:

- a) Falha em manter oxigenação adequada durante ou após uma ou mais laringoscopias.
- b) Falha de 3 tentativas de intubação orotraqueal por um médico experiente, mesmo se a saturação de oxigênio permanecer adequada.

Diante de deterioração rápida do quadro clínico (Obrigação do operador agir imediatamente). Clinicamente, uma via aérea falha pode se apresentar de duas maneiras:

- a) "Não intubo, não ventilo": não há tempo suficiente para planos de resgate e a via aérea deve ser obtida imediatamente, devido à incapacidade de se manter uma oxigenação adequada. Neste cenário, o médico pode tentar
- b) dispositivos supraglóticos, preparando-se para uma via aérea cirúrgica caso não tenha sucesso.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 12/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

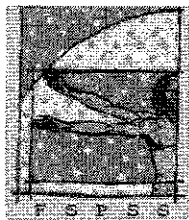
b) "Não Intubo, mas ventilo": Há tempo para avaliar a situação e decidir sobre as próximas ações a serem tomadas.

Obrigaç o de agir: Nesse cen rio, a condi o cl nica do paciente (hipox mico, agitado, r pida deteriora o, etc.), for a o m dico a realizar SRI para criar "a melhor chance" de intuba o.

Sequ ncia r pida de indu o (SRI): Consiste na realiza o de medica o indutora seguida imediatamente de um bloqueador neuromuscular de a o r pida objetivando inconsci ncia e paralisia muscular para a realiza o da intuba o traqueal. O uso das medica es   precedido por pr  oxigena o. Essa ocorre sem necessidade de ventila o por press o positiva.

Sequ ncia estagiada de indu o (SEI): H  separa o temporal entre a realiza o da indu o e do bloqueio neuromuscular objetivando estado dissociativo, por m, mantendo drive respirat rio e prote o de via a rea, para adequada pr -oxigena o em pacientes com agita o e/ou n o cooperativos. Usa-se a quetamina como agente indutor de escolha. A pr -oxigena o   realizada com o paciente em dec bito > 30  e com uso de m scara n o reinalante com alto fluxo de O2. Caso n o atinja satura o de oxig nio maior ou igual a 95%, utiliza-se ventila o n o invasiva com press o positiva. Com essa t cnica sendo realizada durante 3 minutos at  o bloqueio neuromuscular,   poss vel pr -oxigenar de forma eficaz, evitando complica es associadas   dessatura o durante o per odo de apn ia e   ventila o com bolsa-v lvula-m scara.

Intuba o acordada: T cnica de laringoscopia n o precedida de indu o e bloqueio neuromuscular. Em geral, indicada em pacientes com preditores de ventila o dif cil ou pacientes que n o toleram as medica es da sequ ncia r pida. Objetiva-se: certificar-se que de fato   uma via a rea dif cil antes de realizar indu o e bloqueio neuromuscular; ou, realizar de fato a intuba o traqueal sem indu o e bloqueio, caso as condi es do paciente n o permitam outra abordagem. (situa es de r pida deteriora o das condi es da via a rea (queimadura, angioedema, etc)).



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 13/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

7. METODOLOGIA E MATERIAIS

Uma vez decidido estabelecer uma via aérea, o médico deve realizar as seguintes etapas: a. Avaliar os preditores de via aérea difícil do paciente. b. Decidir antecipadamente qual será o plano principal e os de resgate para garantir a via aérea avançada do paciente, assim como verbalizar para toda equipe o seu plano. c. Completar o checklist - descrito abaixo.

Preditores de via aérea difícil:

a) LEMON:

L: Look Externally - Impressão do médico sobre a dificuldade da intubação. Essa impressão pode ser devido a deformidades anatômicas, sangramentos, obesidade, paciente agitado, pescoço curto, entre outros.

E: Evaluate – Avaliação 3-3-2, que remete à abertura adequada da boca (3cm), distância tiromentoniana (3 cm) e distância entre o osso hióide e tireóide (2 cm). A avaliação prediz a possibilidade de deslocamento adequado da língua e a glote estar à uma distância que permita visualização direta das cordas vocais.

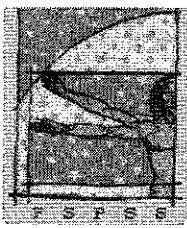
M: Mallampati – Classificação de abertura da boca conforme visibilização do palato mole e úvula; reflete a relação entre a abertura da boca, o tamanho da língua e o tamanho da orofaringe. Mallampati III ou IV estão associados com mais falhas de intubação.

O: Obstruction – Obstrução de via aérea superior é um marcador importante de via aérea difícil. Os 4 sinais cardinais são: voz abafada, salivação excessiva, estridor e dispnéia.

N: Neck mobility – possibilidade de hiperextensão adequada do pescoço.

ROMAN:

R: Radiation / Restriction: Radioterapia cervical recente ou pacientes com complacência baixa ou resistência alta (Asma, DPOC, Edema Pulmonar, ARDS, Pneumonia, etc).



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 14/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

O: Obesidade / Obstrução / Apnéia do Sono - IMC > 26, gestantes, angioedema, abscessos, tumores, laringoespasmos, hematomas, distensão abdominal, entre outros.

M: Mask Seal / Mallampati / Male Sex - barba grande, sangue em via aérea, sondas naso/orogástricas, sexo masculino e Mallampati III ou IV.

A: Age - Pacientes com mais de 55 anos tem mais chance de dificuldade de ventilação com BMV por dos tónus musculares das vias aéreas superiores.

N: No teeth - Ausência de dentes dificulta vedação adequada da máscara na face.

c) RODS

R: Restricted Mouth Opening - Dificuldade varia com dispositivo escolhido.

O: Obstruction/Obesity - Pode interferir no acoplamento do dispositivo ou dificultar ventilação e oxigenação devido alta resistência/pressão necessária para ventilação.

D: Disrupted or Distorted Airway - Interferem no acoplamento do dispositivo.

S: Stiff - Alta resistência da via aérea dificulta ventilação através do dispositivo.

d) SMART

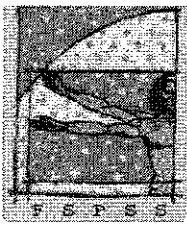
S: Surgery - Distorção da anatomia e perda de referenciais anatômicos.

M: Mass - Massas, hematomas ou abscessos podem dificultar referenciais anatômicos.

A: Access/Anatomy - Obesidade, enfisema subcutâneo, infecção de partes moles, edema, pescoço curto, etc; dificultam referenciais anatômicos.

B: Radiation - Distorção da anatomia ou alteração da consistência dos tecidos.

C: Tumor: Distorção da anatomia e aumento do risco de sangramento.



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 15/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

Agentes de indução: São necessários agentes para induzir analgesia, sedação e relaxamento muscular.

Sedação:

Etomidato (0,2-0,4mg/kg EV): Medicação de efeito rápido e tempo de ação curto. Vantagem: Não causa vasodilatação ou depressão miocárdica. Não há clara evidências sobre a supressão adrenal após dose única.

Propofol (2mg/kg EV): Medicação mais comum utilizada para SRI. Vantagens: início em 30-45 segundos, suprime reflexos de via aérea, induz apnéia, duração de 5 a 10 minutos, medicação de escolha para grávidas. Desvantagens: hipotensão por vasodilatação venosa e arterial, inotrópico negativo.

Quetamina (1-2mg/kg EV): Em pacientes com sistema nervoso autonômica intacta causa aumento dos tônus simpáticos. Tem ação discreta direta cardiodepressora. A quetamina já é um potente analgésico, não necessitando de analgesia complementar. Além disto, tem efeito bronco dilatador, sendo medicação de escolha em quadros de broncoespasmo. o Analgesia (opcional)

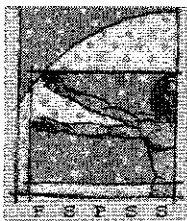
Fentanil (1-3µg/kg EV): Infundir três minutos antes da indução.

Lidocaína (1-1,5mg/kg EV): Infundir dois minutos antes da indução. Suprime o reflexo de tosse prevenindo aumentos temporários de pressão intracraniana durante intubação, podendo ser útil na asma. o Relaxantes Musculares

Succinilcolina (1-1,5mg/kg EV): Tempo de ação em 30 a 60 segundos. A maioria dos pacientes têm fasciculações. Pode causar aumento da pressão intragástrica Desvantagens: hipertermia maligna, aumento de potássio sérico.

Rocurônio (1-1,2mg/kg EV): Tempo de ação em 55 a 75 segundos com duração de efeito de 53 a 73 minutos. Não traz problemas para pacientes hipercalêmicos ou com potencial para hipercalemia.

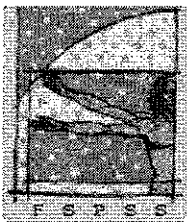
Cisatracúrio (0,4mg/kg EV): Paciente com hipertensão intracraniana estabelecida ou possibilidade.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 16/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

8. DESCRIÇÃO DO MANEJO DE VIA AÉREA

O protocolo se inicia quando o paciente tem a intubação indicada pelo médico (Fluxograma principal). O primeiro passo é avaliar se o paciente está arresposivo ou em iminência de parada cardiorrespiratória. Caso seja afirmativo, a intubação deve se proceder imediatamente. Em casos em que não se presenciou o paciente se tornando arresposivo, o algoritmo de parada cardiorrespiratória é preponderante, o qual recomenda iniciar compressão torácicas antes de obter a via aérea (vide protocolo de parada cardiorrespiratória). Se a primeira tentativa não tiver sucesso, está indicado succinilcolina 2mg/kg EV para otimizar a próxima tentativa. Se houver dificuldade em oxigenar o paciente (queda de saturação apesar de ventilação), chamar ajuda, tentar um dispositivo extraglottico, mas logo prosseguir para via aérea cirúrgica. O segundo passo é avaliar se o paciente tem preditor de via aérea difícil. Se o paciente estiver evoluindo com deterioração clínica rápida em que existe obrigação de agir imediatamente, deve-se otimizar a intubação com succinilcolina 2mg/kg EV e prosseguir com a intubação. Novamente, se houver dificuldade em oxigenar o paciente, (queda de saturação apesar de ventilação), chamar ajuda, tentar um dispositivo extraglottico, mas logo prosseguir para via aérea cirúrgica. Não havendo situação clínica catastrófica ou falha em manter oxigenação, deve-se preparar para a via aérea difícil otimizando a chance de primeira passagem. A indução em sequência rápida é realizada. Um operador experiente deve assumir o procedimento diretamente com algum método de auxiliar na primeira tentativa como bougie ou vídeo laringoscopia. Além disso, o material para cricotireoidostomia deve estar em fácil acesso (dupla preparação). Nos demais pacientes, pode-se o procedimento assegurando-se a pré-oxigenação e opcionalmente a oxigenação apneica. Deve-se instalar capnógrafo antes do início do procedimento. Iniciar as medicações para indução de sequência rápida ou estagiada conforme a indicação clínica. As medicações para indução devem ser realizadas na sequência preconizada. Decorrido o tempo para efeito das medicações e constatado sua ação (sedação do paciente e relaxamento muscular) realizar a intubação orotraqueal. Caso não tenha sucesso o procedimento pode ser repetido no máximo uma ou duas vezes.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 17/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

Cada repetição aumenta menos o sucesso de intubação e após as duas repetições autorizadas a estratégia deve ser mudada. A mudança de estratégia pode ser utilizando-se médico mais experiente, bougie, vídeo laringoscopia, dispositivo extraglottico, ou ainda via aérea cirúrgica. Em qualquer momento o paciente pode apresentar a falha de via aérea (seja por falha de oxigenação ou por realização de três tentativas de intubação por médico experiente). No caso de não intubo mas ventilo, continuar prosseguindo nas estratégias até a via aérea cirúrgica. No caso de não intubo e não ventilo (queda de saturação apesar de ventilação) chamar ajuda, tentar um dispositivo extraglottico, mas logo prosseguir para via aérea cirúrgica.

Sequência Estagiada de Intubação (SEI) Sedação para pré oxigenação em paciente combativos ou agitados.

Quetamina 1-2mg/kg EV (infundir em 1 minuto).

Pré-oxigenação com máscara não-reinalante, bolsa-valva-máscara (apenas acoplado, sem ventilar – quetamina lenta não reduz ou abole o drive respiratório), VNI.

Paralisar e intubar.

Checklist de Via Aérea de Emergência

O presente checklist deve estar afixado em todos os boxes da sala de emergência e ser conferido antes de TODA intervenção de via aérea.

Revisar saturação, PA, pH; há como melhorar os parâmetros antes da intubação?

Posicionamento: Elevação da cabeça e tórax (linha ouvido-manúbrio), altura da maca.

Pré-ox: CN O2 + Máscara não reinalante (fluxo no máximo) ou bolsa-valva-máscara 15L/min, vedada; considerar VNI

Oxigenação apneia: CN O2 (fluxo no máximo), potência da via aérea ETCO2 na bolsa-valva-máscara+válvula de PEEP

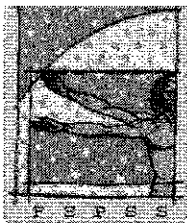
Considerar SNG/SOG

Aspiração (equipamento preparado e testado)

Cânula de Guedel (beira leito)

Laringoscópio (Checar luz e posicionamento na beira leito)

Vídeo laringoscópio (Ligado e posicionado beira leito)



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Lei Complementar nº 168/2013 e alterações



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 18/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

Tube / Guia: Cuff testado, guia em bastão de hockey (Reto atéo Cuff, 30o após)

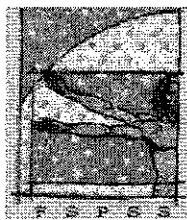
Bougie (beira leito)

Máscara Laríngea (beira leito)

Bisturi e tubo 6 para Via Aérea cirúrgica (beira leito)

Medicações: Intubação: Sedativo/ Parafítico; Pós intubação: Sedação/Analgesia

Medicação	Dose	Dose Habitual (~70kg)
Sedação – Intubação		
Etomidato	0,3mg/ kg EV	20mg EV
Quetamina (Infusão em 1 min)	1-2mg/ kg EV 5-10mg/ kg IM	100-150mgEV 350-700mg IM
Propofol	1,5-2mg/ kg EV	100-140mg EV
Midazolam	0,3mg/ kg EV	20mg EV
Parafíticos – Intubação		
Succinilcolina	1,5mg/ kg EV 4mg/ kg IM	100mg EV 150mg IM (dose máx.)
Rocuronio	1,0mg/ kg EV	70mg EV
Cisatracúrio	0,4mg/ kg EV	250mg EV
Sedação – Pós intubação		Diluição
Propofol (10mg/mL)	5-50mcg/ kg/min	
Quetamina (50mg/ mL)	0,05-0,4mg/ kg/h	100mg + 98mLSF
Midazolam (5mg/ mL)	0,05-0,4mg/ kg/min	150mg + 120mLSF
Analgesia – Pós intubação		Diluição
Fentanil (50µg/ mL)	0,02-0,07µg/ kg/min	1000mcg + 80mLSF
Parafítico – Pós intubação		Diluição
Cisatracúrio	0,18mg/kg (Ataque) 0,6- 0,12mg/kg/min	100mg + 50mL SF



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 19/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

Checklist de via aérea de emergência

Indicação para intubação:

- Falha na proteção da via aérea
- Falha de oxigenação/ventilação
- Evolução clínica esperada
 - Deterioração, transporte, procedimento, falha de via aérea iminente

Avaliação de via aérea difícil:

- **LEMON** (Laringoscopia difícil): Look externally, Evaluate 3-3-2, Mallampati, Obstruction/Obesity, Neck mobility.
- **ROMAN** (Ventilação difícil): Radiation/Restriction, Obstruction/Obesity, Mask seal/Mallampati/Male, Age, No teeth.
- **SMART** (Cricotireoidostomia difícil): Surgery, Mass, Anatomy/Access, Radiation, Tumor.

HOP mata!

- Hemodinâmica: Otimizar PA pré-intubação (Vasopressor)
- Oxigenação: Otimizar antes da intubação (Sat >92% pré-intubação)
- pH: Evitar intubação em acidose extrema (risco de morte sem o drive respiratório), se necessário → intubar rápido com melhor intubador e frequência respiratória alta.

Adrenalina em bolus:

Adrenalina 1mg + 99ml SF

Dose: 1-20µg (0,5-2,0ml da diluição acima) EV a cada 1-5 minutos.

Pré oxigenação:

Máscara não reinalante com fluxômetro completamente aberto ou bolsa-valva-máscara com 15L/min ou VNI.
Posição: ortostática é melhor, considerar rampa.
Considerar VNI, especialmente em hipoxia.
Considerar Sequência Estagiada de Intubação (SEI)

Sequência Estagiada de Intubação (SEI)

Solução para pré oxigenação em paciente combalidos ou agitados.

- Cetamina 1-2mg/kg EV (infundir em 1 minuto)
- Pré-oxigenação com não reinalante, bolsa-valva-máscara (apenas acoplado, sem ventilar - paciente mantém drive), VNI
- Facilitar e intubar.

Intubação acordada:

Pacientes com respiração espontânea porém iminente necessidade de intubação.

Pré-tratamento com atropina oral ou 0,01mg/kg EV ou glicopirrolato 0,005mg/kg EV.

Nebulização de lidocaína 2% 5ml.

Aplicação de lidocaína gel na base da língua com ataxador de língua.

Pré-oxigenar e posicionar.

Intubação e indução.

Falhas (DOPES)

Deslocamento: Avaliar capnografia em forma de onda. Avaliar intubação seletiva

Obstrução: Dobra do tubo, mordedura.

Pneumotórax: Avaliar deslocamento pleural com US, Rx tórax.

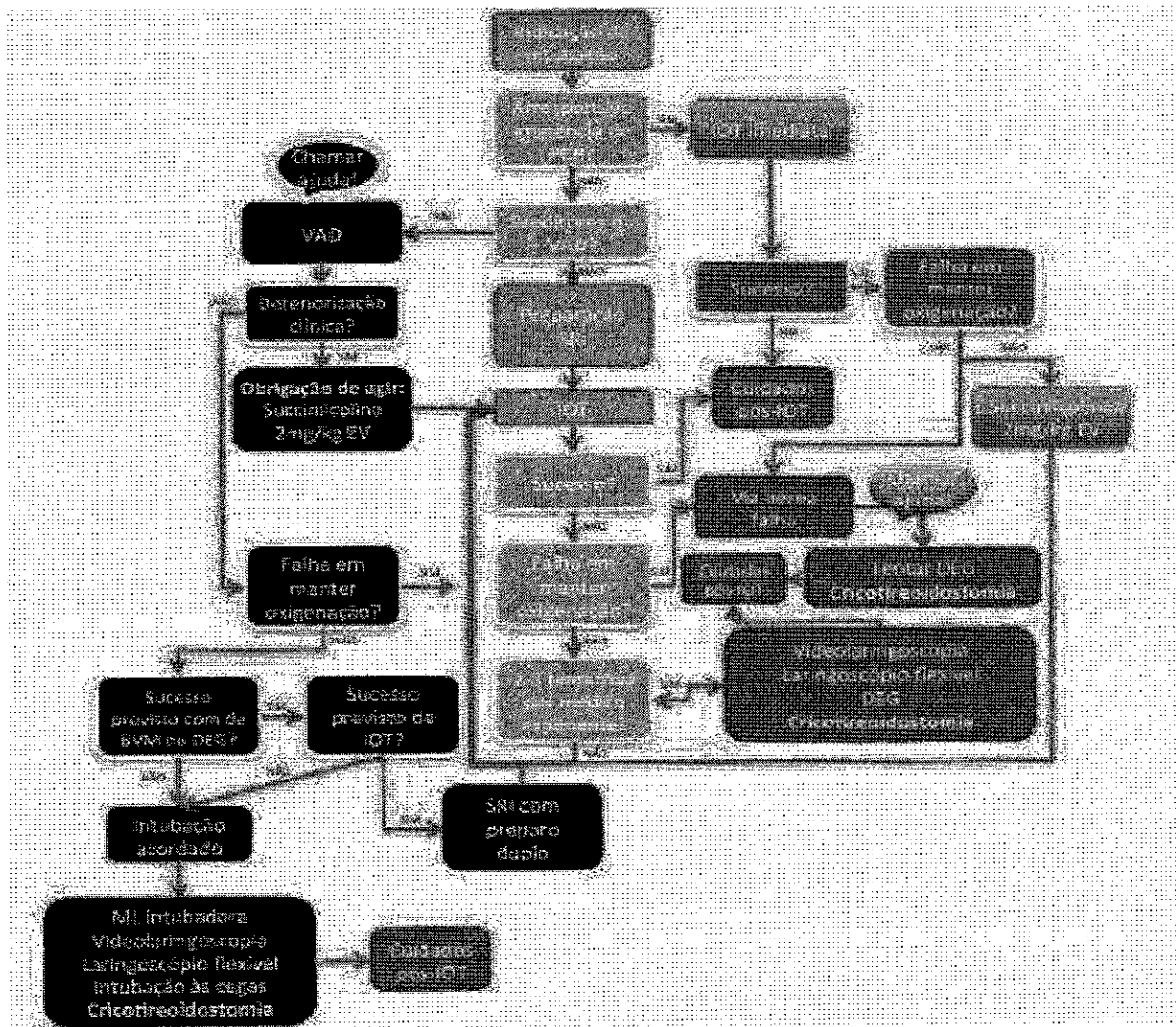
Equipamento: Desconectar do ventilador, ambubar.

Sobreposição: Avaliar ventilador, curvas, valores e configuração.



	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - POP			Página: 20/20
Código POP-03	Data Emissão JAN/2020	Data de Aprovação	Próxima Revisão JAN/2021	Versão nº 1.0
VIA AÉREA NA EMERGÊNCIA				

9. FLUXOGRAMA DE PROCEDIMENTO



- PCR: Parada Cardiorrespiratória
- VAD: Via Aérea Difícil
- IOT: Intubação Oro Traqueal
- DEG: Dispositivo Extraglottico
- SRI: Sequência Rápida de Indução

10. REFERENCIA

The Walls Manual of Emergency Airway Management, Fifth Edition. Anagement, Fifth Edition.