

SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO

Sequência rápida de intubação (SRI) é a abordagem preferencial de intubação para pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19.

- Permite assegurar a via aérea mais rápido e com mínima exposição dos profissionais de saúde.
- Por favor, consulte o algoritmo de intubação protegida e checklist para mais detalhes. Mesmo que você não seja o responsável pela intubação, você pode ser chamado para ajudar em alguns casos e pode começar a preparar o paciente.

Objetivos da SRI

Criar as melhores condições de intubação possíveis para rapidamente assegurar a via aérea e prevenir aspiração.

- SRI é geralmente usada para manejo de vias aéreas de pacientes criticamente enfermos.
- Um agente de indução e um paralisante são administrados ao mesmo tempo em doses pré-determinadas. Se a intubação é prevista como difícil, chame ajuda e reavalie o plano.

Manejo da Sequência

1 Preparo do time

Definição das funções

Para uma intubação protegida, apenas 3 profissionais devem entrar no quarto com EPI (Equipamento de proteção pessoal) apropriado:

1. médico que vai realizar a intubação; 2. médico, fisioterapeuta ou enfermeiro que vai auxiliar; 3. Enfermeiro que vai administrar as medicações

Um segundo médico deve permanecer do lado de fora do quarto, com EPI pronto para entrar. Se a intubação é prevista como difícil, considere ter o segundo médico dentro do quarto também. Um segundo enfermeiro deve estar também disponível junto com um circulante para buscar suprimentos adicionais. **Deve existir um líder de segurança para monitorar a vestimenta e retirada do EPI.**

Revise os plans A, B, e C para intubação → todos os equipamentos e medicações devem estar preparados e de fácil acesso do lado de fora do quarto.

3 Preparo do Equipamento

Para pacientes com COVID 19, existem considerações especiais quanto ao equipamento, destacadas em negrito:

Via aérea:

- **Video-laringoscópio**, tubo endotraqueal, bougie, máscara laríngea, sistema fechado de aspiração
- **Não use laringoscopia direta**

Oxigênio/Circuito:

- **BVM com filtro HEPA, monitor de ETCO₂, sucção em linha**
- Ventilador montado e pronto para ser trazido para dentro do quarto

2 Preparo do Paciente

- Pré-oxigenação com máscara não reinalante e filtro HEPA (HiOx ou TAVISH), cânula nasal de alto fluxo (CNAF) com FiO₂ 100% (se localmente permitido), ou bolsa-válvula-máscara (BVM) com selamento assegurado (duas mãos na máscara, **sem ventilações manuais**).
- Confirme que o acesso venoso está funcionando → tenha 2 acessos, se possível
- Otimize hemodinâmica:
 - A maioria dos pacientes críticos vai ter queda da pressão arterial (PA) quando forem administrados os agentes de indução
 - Comece bolus de fluidos se suspeita de hipovolemia
 - Se a PA estiver borderline (PAS <110), considere começar infusão de noradrenalina em dose baixa profilaticamente (pode ser iniciada por acesso periférico)
 - Configure o monitor para checar a PA a cada 1-2 minutos
 - Otimize o posicionamento, considere cabeceira elevada

4 Escolha do agente de indução e paralisante

- Pacientes críticos podem se tornar hemodinamicamente instáveis com qualquer agente de indução. Sempre tenha uma dose de vasopressor disponível para infusão rápida, como fenilefrina, e considere começar noradrenalina profilaticamente em pacientes de alto risco.
- Os agentes de indução e paralisantes comumente usados estão destacados na tabela abaixo. Os agentes de indução e paralisantes são administrados em “sequência rápida” (isso é, um imediatamente após o outro). **Quando em dúvida → Cetamina 0,5-2mg/kg + Rocurônio 1,2-2mg/kg**
- Use doses mais próximas ao limite superior para pacientes jovens com nível de consciência preservado e hemodinâmica estável; use doses próximas ao limite inferior para pacientes com nível de consciência rebaixado e hemodinâmica borderline.

Agente de Indução	Dose	Considerações
Cetamina	0.5-2mg/kg	Boa opção em pacientes com instabilidade hemodinâmica Pode causar aumento de secreções e (raramente) laringoespasma
Midazolam	0.1-0.3mg/kg	Início de ação lento, pode causar hipotensão
Propofol	0.5-1.5mg/kg	Causa hipotensão e depressão miocárdica
Etomidato	0.3mg/kg	Boa opção em pacientes com instabilidade hemodinâmica Possível risco de supressão adrenal em pacientes com sepse
Agentes Paralisantes	Dose	Considerações
Rocurônio*	1.2-2mg/kg	Início de ação mais lento (mínimo 45 segundos), maior tempo de duração da ação Tempo para início da ação é mais rápido em doses maiores

*Rocurônio pode durar por > 1h.
Garanta um plano de ação pré-definido para garantir sedação enquanto durar a ação.

Succinilcolina

1-1.5mg/kg

Risco de hiperpotassemia → Evitar em pacientes com queimaduras, trauma, doença do neurônio motor, ou K⁺ elevado de base

Não pode ser usado se história de hipertermia maligna

5

- Quando o time inteiro estiver pronto, administre os medicamentos de indução e paralisantes → **Não ventile manualmente**
- Espere até que o agente paralisante tenha efeito completo para evitar tosse (até 1 minuto)
- A maioria dos profissionais experientes entubam pacientes com suspeita de COVID-19 com video-laringoscópio
- Insufle o tubo orotraqueal antes de administrar ventilações manuais (pode também conectar diretamente ao ventilador)
 - Use ETCO₂ para confirmar o posicionamento do tubo, não faça ausculta pulmonar a menos que ocorra dessaturação com risco de morte
- Se não conseguir entubar, insira a máscara laríngea e ventile manualmente com Ambu com reservatório e filtro HEPA
- Espere ao menos 15 minutos antes de obter o Rx de tórax

Tradução livre: Fernanda Weber, MD