

INTUBAÇÃO PROTEGIDA

Orientação geral para reduzir a potencial exposição de profissionais de saúde durante a realização de procedimentos que gerem aerossóis em pacientes suspeitos de portarem patógenos de alta consequência. Inclui minimizar a quantidade de profissionais e de equipamentos entrando no ambiente e modificar processos quando possível (ex. uso de máscaras cirúrgicas no paciente durante manobras de ressuscitação cardíaca, evitar laringoscopia direta, pausar massagem cardíaca para intubação e implementação do líder de segurança para paramentação e desparamentação). Ver documento guia sobre *Procedimentos Médicos Geradores de Aerossol com Patógenos de Alta Consequência* para maiores informações.

O objetivo deste mapa de processos é identificar procedimentos fora da prática rotineira. Deve-se assumir que boas práticas e cuidados padrão continuem a ser empregados em adição a estas modificações (ex. uso de cateter nasal ou máscara de Venturi conforme a necessidade e de acordo com a demanda de oxigênio).

EPI: máscara N95, proteção para o rosto (face shield), avental de tecido impermeável, um par de luvas de nitrilo com manguito regular, +/- touca (conforme preferência do profissional).

GATILHO:

Deterioração clínica em paciente necessitando de O₂ (considerar), necessidade de FiO₂ 50% (consultar em qualquer momento precedendo FiO₂ 50%).

LOCAL:

Quando possível, em quarto com pressão negativa (se indisponível, em quarto individual com porta fechada).

Tomada de decisão: transferir pré/pós intubação de acordo com condições clínicas e avaliação do médico.

Se na enfermaria: ligar para o Time de Resposta Rápida.

Transferência para UTI: intensivista/fellow contatar fluxo de leitos pra priorizar vaga em UTI Nível 3.

TIME A SER MOBILIZADO:

Todas as outras unidades de pacientes: intensivista/ fellow consultar anestesista (EXT. 7878) para suporte.

Reunir time para discutir plano de intubação e decidir quem fará o procedimento.

Dentro do quarto:

- 1 intensivista experiente/anestesiata para a intubação
- 1 fisioterapeuta respiratório experiente
- 1 enfermeiro experiente

Fora do quarto:

- 1 líder de segurança (qualquer profissional)
- 1 circulante (qualquer profissional)
- 2o médico experiente para intubação (paramentado e pronto para entrar se necessário)

Pronto-socorro: enfermeiro ou emergencista para chamar fisioterapeuta respiratório e um segundo médico.

Reunir time para discutir plano de intubação e decidir quem fará o procedimento.

Dentro do quarto:

- 1 médico experiente para a intubação (pode ser emergencista)
- 1 fisioterapeuta respiratório experiente
- 1 enfermeiro experiente

Fora do quarto:

- 1 líder de segurança (qualquer profissional)
- 1 circulante (qualquer profissional)
- 2o médico experiente para intubação (paramentado e pronto para entrar se necessário)

EXPERTISE/SUPORTE ADICIONAL NECESSÁRIO?

Intubação: A UTI nem sempre é mais experiente em intubação. Anestesiata (EXT. 7878) pode ser chamado pra qualquer área para dar suporte na intubação protegida (levar *GlideScope*[®] e 2 tamanhos de lâminas do centro cirúrgico). Considerar Sugamadex e Quetamina.

Se previsto via aérea difícil, sempre chamar anestesista (EXT. 7878) antes de proceder.

*Nota: Determinação de mais ou menos profissionais dentro do quarto à discricção do time, com o objetivo de conduzir procedimento seguro. Considerar fisioterapeuta adicional para suporte.

EQUIPAMENTO ADICIONAL NECESSÁRIO:

Se possível, minimizar a entrada de equipamentos no quarto:

- Trocar filtro bacteriano/viral por filtro HEPA (Alta Eficiência Hidrofóbica)
- Retirar do carrinho de urgências para levar para o quarto: bandeja de medicamentos (com seringas, etc.), bandeja de intubação e outros itens aplicáveis à situação
- Bolsa-válvula-máscara (BVM), videolaringoscópio
- Se o carrinho de urgências for levado para o quarto, necessitará de desinfecção seguindo as recomendações da IPAC (Controle e Prevenção de Infecção do Canadá).

INTUBAÇÃO PROTEGIDA:

Os profissionais envolvidos devem ser cautelosos com os EPI e identificar imediatamente quebras de barreira (ex: viseira deslocada para cima). Não use estetoscópio: confirme a intubação com capnógrafo.

- Durante pré-oxigenação, se conseguir manter boa vedação, pode-se utilizar BVM (sem ventilação manual)
- Evite ventilar manualmente o paciente. Se absolutamente necessário, use baixo volume corrente
- Médico responsável pela intubação deverá discutir com o time os planos A, B e C, drogas para sedação e paralisia, e assegurar que todo o material e profissionais estejam prontos para o procedimento
- Interrompa massagem cardíaca para intubação
- Evite laringoscopia direta. Intube utilizando vídeo (*GlideScope*[®] ou *McGrath*[™]).
- Se não conseguir intubar, evite ventilação manual com BVM. Insira máscara laríngea e então ventile utilizando bolsa-válvula-máscara laríngea com filtro HEPA acoplado. Revise o plano e considere expertise adicional ou via aérea cirúrgica
- Se não familiar com o equipamento, não prossiga sem discutir com o time ou chamar outros profissionais
- Conecte diretamente ao ventilador (PB980 ou equivalente) para evitar múltiplas desconexões de circuito

PLANEJE TRANSFERÊNCIA (se aplicável):

Quando leito disponível, transfira com ventilação em circuito fechado. Profissionais devem manter N95 e proteção para o rosto e se paramentar com novo avental e novas luvas. Desconecte qualquer equipamento não essencial. Limpar as barras de proteção e a cabeceira do leito antes do transporte. O líder de segurança deverá acompanhar o transporte e abrir as portas / chamar elevador, sem tocar no paciente ou outros profissionais.

REMOÇÃO DOS EPI:

Um a um, lenta e cuidadosamente, retirar os EPI enquanto observados pelo líder de segurança, de acordo com protocolo de desparamentação. Reportar qualquer quebra de barreira imediatamente. Mudar a roupa privativa se necessário.