



## PROCEDIMENTOS RÁPIDO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL NA PEDIATRIA.

<sup>1</sup> Autor(a) Principal: Thayonara Irineu da Costa; <sup>2</sup> Coautor 1: Antônio de Araújo Tavares Netto; <sup>3</sup> Coautor 2: André Tavares Rebouças; <sup>3</sup> Coautor 3: João Victor de Oliveira Tavares Saraiva  
Orientadora: Thailane Irineu de Moraes Rodovalho

<sup>1</sup> Graduando em Medicina pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN;

<sup>2</sup> Graduando em Medicina pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN;

<sup>3</sup> Graduando em Medicina pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN;

<sup>4</sup> Graduando em Medicina pela Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN;

**Área temática:** Temas transversais

**Modalidade:** Comunicação Oral Online

**E-mail dos autores:** Thayonara\_irineu@hotmail.com <sup>1</sup>; antoniotavaresnt639@gmail.com<sup>2</sup>;  
tavaresandret@gmail.com<sup>3</sup>; jvots20@gmail.com<sup>4</sup>; Thailane.irineu@yahoo.com.br<sup>5</sup>

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A intubação endotraqueal tem se mostrado necessária em unidades de cuidados intensivos e atendimentos de urgência e emergência. Surgem, na pediatria, por serem uma das principais sequências utilizadas na prática clínica e por apresentar rápida intervenção, consistindo em uma administração sequencial de drogas sedativas, analgésicas e bloqueadores neuromusculares.

**OBJETIVOS:** Evidenciar as medicações utilizadas na sequência rápida de intubação pediátrica, conforme as indicações de uso para cada paciente na sala de urgência e Centro de Terapia Intensivo (CTI).

**MÉTODOS:** Refere-se como uma revisão bibliográfica norteada em artigos científicos publicados entre o período compreendido aos anos de 2001 a 2023 e disponibilizados na base de dados SciELO e PubMed, e decorrentes de outras fontes de pesquisas científicas como o Google Acadêmico.

**RESULTADOS:** O manuseio da via aérea na criança está relacionado à sua fisiologia e anatomia, além de fatores específicos que influenciam decisivamente no seu sucesso. As principais indicações são manter permeável a aérea e controlar a ventilação. A intubação traqueal determina alterações cardiovasculares e reatividade de vias aéreas. A via aérea difícil pode ser reconhecida pela escala de Mallampati. A utilização da sequência rápida de intubação tem sido recomendada cada vez





mais em pediatria, por facilitar o procedimento e apresentar menores complicações. **CONCLUSÃO:** Nota-se, posteriormente as pesquisas, que diante do supracitado dessa problemática, buscou-se analisar estudos e artigos científicos sobre procedimento rápido de intubação endotraqueal em pediatria, tornando uma abordagem prática em situações de urgência. tornando-o eficaz para atendimento rápido.

**Palavras-chave:** Criança; Intubação Endotraqueal; Pediatria

## 1 INTRODUÇÃO

Primeiro fazemos um posicionamento adequado para alinhar os eixos faríngeo, traqueal e oral. Essa posição permite a permeabilidade das vias aéreas quando a criança fica inconsciente, além de ajudar na visualização das estruturas laríngeas durante a intubação. Para alinhar os eixos faríngeo e traqueal, o queixo é movido anteriormente em relação aos ombros, de modo que o canal auditivo externo fique anterior ao ombro. Geralmente é feito colocando um coxim sob o occipital.

Em bebês, o occipital é proeminente, assim sendo, o coxim deve ser colocado sob os ombros. Para assim conseguir alinhar o eixo oral com os eixos faríngeo e traqueal, a cabeça é então estendida no pescoço, assim o nariz e a boca ficam apontando para o teto. Isso pode ser conseguido colocando a palma da mão direita na testa do paciente, com os dedos estendendo-se para o occipital, segurando a cabeça e girando suavemente posteriormente. Essa manobra abre a boca do paciente, ajudando a inserção do laringoscópio.

A hiperextensão exagerada da cabeça deve ser evitada em crianças com menos de dois anos, pois pode obstruir a via aérea. É essencial evitar a manipulação do pescoço em crianças com suspeita de lesão cervical. Nesses pacientes, inicialmente, a via aérea será aberta com a manobra de elevação da mandíbula.

Assim sendo a intubação traqueal é o procedimento pelo qual o médico introduz um tubo na traqueia do paciente, mais precisamente na rima glótica, para mantê-lo respirando quando alguma condição impede sua respiração espontânea. Cujo objetivo é assegurar que a ventilação e a oxigenação estejam de acordo com a demanda do paciente. Sequência rápida de intubação (SRI) significa a administração sequencial ou quase simultânea de um agente indutor (analgésico e sedativo) e dose-paralisante de um agente bloqueador neuromuscular (MACE, 2008).





São condições ideais de intubação definidas como por exemplo o relaxamento completo da mandíbula, cordas vocais abertas e imóveis, ausência de tosse, de resistência ou de movimentos diafragmáticos em resposta à intubação. Para atingir esses ideais, quatro objetivos devem ser alcançados com a técnica: analgesia, amnésia ou inconsciência, relaxamento muscular e bloqueio dos reflexos autonômicos gerados pelo estímulo nociceptivo (SURESH et al, 2007).

A intubação traqueal ou endotraqueal também chamada é um procedimento comum nas unidades de emergência, cuidados intensivos e centros cirúrgicos. Mas, por ser invasiva, não está isenta de riscos e complicações. O manuseio das vias aéreas é a habilidade mais essencial na medicina de emergência (GRAHAM,2004).

Dessa forma, os acidentes com animais peçonhentos exigem uma abordagem rápida e eficiente de primeiros socorros para evitar complicações graves. Os primeiros socorros consistem no atendimento imediato ao indivíduo vítima de algum ferimento ou encontrado doente, possuindo como objetivo evitar o agravamento do estado da vítima e mantê-la viva até a chegada de um atendimento especializado. Esse atendimento pode ocorrer por qualquer pessoa previamente treinada, se limitando aos profissionais da área da saúde (CRUZ et al., 2022).

Diante dessa problemática, buscou-se analisar estudos e artigos científicos sobre procedimento rápido de intubação endotraqueal em pediatria, tornando uma abordagem prática em situações de urgência. tornando-o eficaz para atendimento rápido.

## 2 MÉTODO

Alude-se à uma revisão bibliográfica baseada em artigos de pesquisa, sites institucionais e livros. As pesquisas foram selecionadas nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico, foram encontrados 13 artigos relacionados ao tema, sendo 6 artigos excluídos por dados repetidos ou que não se relacionava corretamente com o direcionamento do tema em questão. A busca das fontes baseou-se nas seguintes descrições Criança; Intubação Endotraqueal; Pediatria; Procedimentos. Foram considerados artigos publicados nos anos de 1985 a 2023, e nas buscas foram utilizados os operadores booleanos “AND” e “E” para obter informações mais detalhadas.

Os critérios de exclusão de artigos fora do prazo estipulado foram respostas em idiomas diferentes do português e inglês e sem informações importantes com o tema. As inclusões apresentaram os artigos selecionados desde revisões literárias a estudos observacionais transversais



que enfocavam o uso dos descritores citados relacionados com o tratamento respectivo. Os trabalhos científicos que tinham seu intuito na abordagem, identificação, prevenção e consequências foram as referências utilizadas para balizar o presente estudo.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma das situações mais temidas pelo médico que realiza esse procedimento. A via aérea difícil representa uma interação complexa entre fatores do paciente, cenário clínico e habilidade de quem realiza o procedimento. Dentre os fatores do paciente, existem sinais clínicos óbvios que predizem a dificuldade da intubação traqueal, particularmente malformações, tumores e traumas faciais. Na tentativa de prever a dificuldade de realizar a intubação, foram criados alguns escores em adultos, Mallampati é um deles criado em 1985, descreve um sistema de graduação baseado na observação pré-operatória da orofaringe do paciente sentado. O paciente expõe a língua o máximo para fora e então são observadas as estruturas da faringe. De acordo com o que pode ser visto neste teste, é realizada uma classificação. Visão da faringe durante o teste: 1) visão do palato mole, pilares tonsilares e úvula; 2) visão do palato mole e úvula; 3) visão do palato mole e base da úvula; 4) palato mole não é visualizado. Pacientes com grau III e IV apresentam maiores riscos de apresentar dificuldades na intubação traqueal (MALLAMPATI et al.,1985).

Em pediatria, a lâmina de laringoscópio mais utilizada é a reta (tipo Miller). Após posicionamento, segura-se o laringoscópio com a mão esquerda e a lâmina é introduzida lateralmente pelo lado direito da boca, procurando-se desviar a língua para a esquerda. Progride-se com a lâmina suave e lentamente sobre a língua até visualizar a epiglote.

A SRI segura e eficaz exige que se cumpra uma sequência cuidadosa de passos que se iniciam com uma revisão da história do paciente, preparo adequado do equipamento, pessoal e medicamentos. Consideram-se como etapas seguintes para a SRI: pré-oxigenação, pré-medicação, medicação (sedativa), bloqueio neuromuscular, observação e monitoração pós-intubação (Macieira,2017).

A extubação é relatada como a fase final da evolução com sucesso ou não de proteção da via aérea e/ou terapêutica com a ventilação pulmonar mecânica. Entretanto, o sucesso da extubação depende de diversos fatores, além da recuperação da função pulmonar. O clínico tem que ter habilidade de avaliar de modo apurado a prontidão da criança para a extubação, manejar de modo



correto todo o procedimento para a extubação e identificar e tratar imediatamente as complicações potenciais graves pós-extubação (Tambira,2023).

#### 4 CONCLUSÃO

A sequência rápida de intubação deve ser sempre o método de escolha para intubação na urgência. Deve-se lembrar dos passos a serem seguidos para um procedimento seguro e sempre checar o material antes de iniciar a SRI. É interessante que o pediatra que atende urgências conheça as medicações disponíveis em seu serviço, bem como as indicações e contraindicações de cada uma e saiba escolher aquela que melhor se aplica ao cenário clínico de cada criança. O uso do relaxante muscular não deve ser desconsiderado, especialmente pela facilitação das condições de IT e secundariamente menos lesão de via aérea e outras complicações.

#### REFERÊNCIAS

CRUZ, K. B. DA; GODAS, A. G. L.; GALVÃO, R. G.; DAVID, T. C.; LUCHESI, B. M.; MARTINS, T. C. R. Aptidão, conhecimento e atitude de profissionais da educação infantil sobre primeiros socorros. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 12, e7. 2022. <https://doi.org/10.5902/2179769266542>.

GRAHAM C.A. Advanced airway management in the emergency department: what are the training and skills maintenance needs for UK emergency physicians? *Emerg Med J*. 2004; 21:14-9.

MACE S.E. Challenges and Avances in Intubation: Rapid Sequence Intubation. *Emerg Med Clin N Am*. 2008; v.26:1043-68.

Macieira LM de M, Teixeira MDCB, Saraiva JMA. Simulação Médica no Ensino Universitário de Pediatria. *Rev bras educ med [Internet]*. 2017Jan;41(1):86–91. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160032>

MALLAMPATI S.R, GATT S.P, GUGINO LD, Desai S.P, WARAKSA B, FREIBERGER D, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J*. 1985; 32:429-34.

SURESH M.S, MUNNUR U, WALI A. The patient with a full stomach. In: Hagberg CA, editor. *Benumof's airway management: principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2007. p.764-6.

TAMBRA, D. da S.; BUARQUE, B. de S.; BRAZ JÚNIOR, D. da S.; BEZERRA, J. A. S.; CAVALCANTI, M. C.; BATISTA, R. D.; DA SILVA, R. B.; TAVARES, T. S. PROTOCOLO DE INTUBAÇÃO: UMA VISÃO SOBRE VIAS AÉREAS NA URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E UTI. *Revista Contemporânea, [S. l.]*, v. 3, n. 3, p. 2097–2118, 2023. DOI: 10.56083/RCV3N3-052. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/540>. Acesso em: 30 jun. 2023.

