

SEPARATA CIENTÍFICA

Nº 4

LIFESAVING - EDIÇÃO N. 15 - FEVEREIRO 2020

HOT TOPIC

Hipotermia acidental

Maria Inês A. Ribeiro

TEMAS EM REVISÃO

A abordagem diagnóstica da dor torácica no contexto da emergência pré-hospitalar

Soraia Correia

RUBRICA PEDIÁTRICA

Taquidisritmias supraventriculares: abordagem em contexto pré e intra-Hospitalar

Hugo Costa, Pedro Azevedo, Daniela Carvalho, Rui Candeias, Ilídio de Jesus

CASOS CLÍNICOS

Croup: estridor laríngeo

Rita Justo Pereira, Filipa Dias, Maria João Virtuoso

Resgate da via aérea difícil, um caso clínico de emergência pré-hospitalar

Sérgio Pina, Teresa Salero, Rui Osório

Via aérea não permeável - uma emergência médica inesperada

Ana Rita Parente, Liliana Ricardo, Nídia Calado, Hugo Capote

Contactos:

www.chalgarve.min-saude.pt/lifesaving

issuu.com/lifesaving

lifesavingonline.com

facebook.com/revistalifesaving

facebook.com/vmerdfaro

pt.linkedin.com/in/lifesaving





CASO CLÍNICO 1

RESGATE DA VIA AÉREA DIFÍCIL, UM CASO CLÍNICO DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

Sérgio Pina^{1,2}, Teresa Salero^{1,2}, Rui Osório^{1,2}

¹ VMER de Faro e Albufeira, Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro

² Serviço de Medicina Interna, Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve - Faro

RESUMO

Apresentamos o caso clínico de uma doente de 45 anos, obesa (IMC 35kg/m²), hipertensa e diabética que sofreu paragem cardiorrespiratória, provavelmente secundária a episódio de enfarte agudo do miocárdio, com necessidade de manobras de suporte avançado de vida. Apresentava via aérea difícil, pelo pescoço curto, grosso e com baixa mobilidade, distância entre incisivos de cerca de 3

cm e distância tiro-mentoniana inferior a 6 cm. Durante as manobras de ressuscitação foi tentada intubação orotraqueal, sem sucesso. Após 1 tentativa falhada foi rapidamente colocada máscara laríngea com adequada ventilação e oxigenação da doente e recuperação da circulação espontânea e posterior transporte para o hospital para intervenção coronária bem-sucedida.

A máscara laríngea pode ser utilizada

na emergência pré-hospitalar nos doentes com via aérea difícil após tentativa de intubação orotraqueal de forma a garantir adequada ventilação e oxigenação do doente crítico.

Palavras-Chave: ressuscitação cardio-pulmonar, máscara laríngea, paragem cardio-respiratória, via aérea difícil

CASO CLÍNICO

Activação da Viatura Médica de Emergência e Reanimação de Faro e Albufeira (VMER) e da equipa de Suporte Imediato de Vida de Loulé (SIV) para uma mulher de 45 anos, localizada no domicílio, por alteração súbita do estado de consciência testemunhada por familiar com subsequente contacto para o número de emergência médica, pelas 12:15h. À chegada da SIV, pelas 12:25h, a doente estava em paragem cardio-respiratória (PCR) num corredor exíguo que limitava a acção dos operacionais. Foram de imediato e em simultâneo tomadas as medidas de protecção individual, garantidos acessos venoso e iniciadas manobras de suporte avançado de vida (SAV) com adjuvante da vida aérea - tubo orofaríngeo (TOF). Informações relativas às circunstâncias, antecedentes pessoais, alergias, medicação e hora da última refeição foram colhidas com os familiares presentes. A doente tinha viajado de França para Portugal no dia anterior, sendo que a alteração do estado de consciência ocorreu após episódio mal-estar geral e desconforto retroesternal. Tratava-se de uma doente obesa (IMC 35kg/m²), diabética e hipertensa, sem alergias alimentares ou medicamentosas conhecidas, estava medicada com metformina e inibidor da enzima conversora da angiotensina e a última refeição tinha sido ligeira e há 3 horas. À chegada da VMER, pelas 12:30h, a doente estava em decúbito dorsal no chão sob manobras de SAV há cerca de 5 minutos, com dois choques recomendados pelo DAE, aplicados com sucesso. A avaliação primária pela equipa médica objectivou via aérea não segura, permeabilizada

com TOF, sem corpos estranho na cavidade oral, traqueia centrada em posição mediana com ingurgitamento jugular. Sem padrão respiratório autónomo, mas com murmúrio vesicular presente simétrica e bilateralmente na auscultação pulmonar durante as insuflações. Sem sinais de trauma ou evidência de hemorragia externa. Scale Coma Glasgow 3/15, pupilas mióticas, não reactivas, glicémia 98mg/dL. Foram mantidas as manobras de ressuscitação, feita a mudança do DAE para monitor-desfibrilhador com manutenção das pás multifunções já aplicadas. No terceiro ciclo de reanimação foi objectivado ritmo desfibrilhável por fibrilação ventricular com aplicação de novo choque com 360J, administração de 1 mg de adrenalina, 300mg de amiodarona e preparação do material para intubação orotraqueal (IOT) com lâmina curva tipo Macintosh nº4 e tubo orotraqueal de 7 mm (TOT). A doente apresentava distância entre incisivos de cerca de 3 cm, distância tiro-mentoniana inferior a 6 cm e pescoço curto, fixo e dificilmente posicionável. Foi comunicado à equipa que seria uma via aérea previsivelmente difícil. Foi seguida seqüência rápida de intubação. Visualização laringoscópica da abertura glótica grau III pela escala de Cormack e Lehane e posicionamento do tubo orotraqueal com visualização directa sub-óptima. Após procedimento foi rapidamente confirmada má colocação do TOT com exteriorização e recolocação do TOF para manutenção de insuflações durante manobras de ressuscitação. Foi decidido, dado as condições do espaço onde a equipa estava a operar, a gravidade da vítima e as características da via aérea da

doente, por não realizar nova tentativa de IOT. Procedeu-se à colocação de máscara laríngea i-gel (ML) pela técnica habitual depois da aplicação do quarto choque com 360J por persistência do ritmo anterior. Após posicionamento da ML foi mantido suporte avançado de vida com compressões e ventilações ininterruptas. Foi necessário a aplicação de mais dois choques a 360J, 1 mg de adrenalina e 150 mg de amiodarona para retorno da circulação espontânea. Avaliação secundária com via aérea permeabilizada com ML sem resistência ou fuga durante insuflações, auscultação cardíaca arritmica e hipofonética, auscultação pulmonar com discretos fervores em ambas bases, saturação periférica 98%. Pulso arritmico, 100 bpm, fino, simétrico. Extremidades frias, marmoreação ao nível do joelhos, tempo de perfusão capilar de cerca de 2 sg. Foi feito electrocardiograma que mostrou supra-desnívelamento de ST nas derivações anteriores V1-V4. Foi contactado o Centro de Orientação de Doentes Urgentes que avisou o Serviço de Urgência do Hospital de Faro do estado pós PCR e enfarte agudo do miocárdio com supra-desnívelamento do segmento ST. O transporte decorreu sem intercorrências com ventilação mecânica controlada e com persistência de SCG 3/15. À chegada à Sala de Reanimação do Hospital de Faro foi posicionado TOT e a doente foi transferida imediatamente para a Sala de Hemodinâmica para intervenção na artéria descendente anterior e ulterior transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente onde foi extubada em 24h e transferida para a




Unidade de Cuidados Intensivos Coronários com SCG 14/15 para continuação de cuidados.

DISCUSSÃO

A ML é um dispositivo respiratório supra-glótico que pode ser inserido na faringe para permitir ventilação, oxigenação e administração de gases anestésicos, sem a necessidade de intubação orotraqueal. Apesar de inicialmente desenvolvida para a cirurgia electiva foi rapidamente adaptada para a urgência e emergência.¹ Independentemente de não permitir cabal protecção contra aspiração e laringoespasmos é uma alternativa preconizada pela Sociedade Americana de Anestesiologia em situações de via aérea difícil de forma a garantir a adequada ventilação e oxigenação do doente crítico². De facto, após tentativa de intubação

falhada, a ML pode ser utilizada como dispositivo de resgate,^{2,3} com indicação mesmo no contexto do enfarte agudo do miocárdio.⁴ A ML pode também ser utilizada como condutor para colocação de TOT, em particular quando laringoscopia directa é impossível.⁵

CONCLUSÃO

Este caso clínico tem como objectivo relevar a importância da ML na emergência pré-hospitalar, sem o acesso aos recursos humanos e técnicos de uma urgência hospitalar, como um dispositivo útil a ser utilizado na via aérea difícil após tentativa falhada de IOT, garantindo adequada ventilação e oxigenação do doente crítico. 

EDITORA:

Noélia Alfonso
Médica das VMER de Faro e Albufeira

BIBLIOGRAFIA

1. Pollack CV Jr. The laryngeal mask airway: a comprehensive review for the Emergency Physician. *J Emerg Med.* 2001 Jan. 20(1):53-66
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Caplan RA, et al. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology* 2013; 118:251.
3. Shavit I. Laryngeal mask airway as a rescue device for failed endotracheal intubation during scene-to-hospital air transport of combat casualties. *Eur J Emerg Med.* 2019 Feb. 26 (1):73-74.
4. ECC Committee; Subcommittees and Task Forces of the American Heart Association. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2005 Dec 13. 112(24 Suppl):IV1-203.
5. Modir H, Moshiri E, Malekianzadeh B, Noori G, Mohammadbeigi A. Endotracheal intubation in patients with difficult airway: using laryngeal mask airway with bougie versus video laryngoscopy. *Med Gas Res.* 2017 Jul-Sep. 7 (3):150-155.