



PROTOCOLO DE VIA AÉREA		
DATA CRIAÇÃO: 01/08/2024	Versão: 0	Criação: Alessandro Silvestre Revisão: Yuri Heluany Martins
VALIDADE: 2 ANOS	DATA DE REVISÃO: 01/08/2026	

## SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	1
1. CONCEITO .....	1
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	6
3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	6
4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL.....	6
5. FLUXOGRAMA .....	7
6. INDICADOR .....	110
7. ANEXOS.....	110
8. HISTÓRICO DE REVISÃO .....	14
9. REFERÊNCIAS .....	14
10. WORKFLOW DE APROVAÇÃO .....	14

### 1. CONCEITO

- 1.1. Estas diretrizes focam especificamente o manejo de vias aéreas difíceis encontradas em ventilação por máscara facial, intubação traqueal ou posicionamento de um dispositivo supraglótico durante procedimentos que requerem anestesia geral, sedação profunda, sedação moderada ou anestesia local ou manejo de via aérea eletivo sem procedimento. Os procedimentos incluem procedimentos diagnósticos, eletivos e de emergência, assim como acesso invasivo de vias aéreas.
- 1.2. Os principais efeitos adversos associados as vias aéreas difíceis incluem (mas não estão limitados a morte, lesão cerebral, parada cardiorrespiratória, trauma de vias aéreas e dano aos dentes).
- 1.3. A escolha apropriada de medicações e técnicas para os cuidados de anestesia e manejo das vias aéreas depende da experiência, do treinamento e da preferência individual do médico, de requisitos ou restrições impostas por problemas médicos associados do paciente, tipo de procedimento e ambiente onde o manejo das vias aéreas ocorre.

#### **1.4. Essas situações são definidas por:**

- 1.4.1.** Ventilação por Máscara Facial Difícil. Não é possível fornecer ventilação adequada por causa de um ou mais de um dos seguintes problemas: vedação inadequada da máscara, vazamento excessivo de gás ou resistência excessiva ao ingresso ou egresso de gás.
- 1.4.2.** -Laringoscopia Difícil. Não é possível visualizar nenhuma porção das pregas vocais depois de várias tentativas de laringoscopia.
- 1.4.3.** -Ventilação com dispositivo Supraglótico Difícil. Não é possível fornecer ventilação adequada por causa de um ou mais de um dos seguintes problemas: posicionamento difícil do dispositivo supraglótico, posicionamento do dispositivo supraglótico demandando múltiplas tentativas, vedação inadequada do dispositivo supraglótico, vazamento excessivo de gás ou resistência excessiva ao ingresso ou saída de gás.
- 1.4.4.** -Intubação Traqueal Difícil ou Fracassada. Intubação traqueal que demanda múltiplas tentativas ou fracassa depois de múltiplas tentativas.
- 1.4.5.** -Extubação Traqueal Difícil ou Fracassada. A perda de permeabilidade de vias aéreas e de ventilação adequada depois da remoção de um tubo traqueal ou de um dispositivo supraglótico em um paciente com via aérea difícil conhecida ou suspeita.
- 1.4.6.** -Via Aérea Invasiva Difícil ou Fracassada. Características ou anormalidades anatômicas que reduzem ou impedem a probabilidades de posicionar com sucesso uma via aérea na traqueia através do acesso pela frente do pescoço.
- 1.4.7.** -Ventilação Inadequada. Indicadores de ventilação inadequada incluem dióxido de carbono exalado ausente ou inadequado, movimento de tórax ausente ou inadequado, sons de respiração ausentes ou inadequados, sinais auscultatórios de obstrução severa, cianose, dilatação ou entrada de ar gástrico, saturação de oxigênio em queda ou inadequada, fluxo de gás exalado ausente ou inadequado de acordo com a espirometria, anormalidades anatômicas de pulmão detectadas por ultrassom de pulmão e mudanças hemodinâmicas associadas com hipoxemia ou hipercapnia .

**1.5.** O manejo das vias aéreas durante a reanimação cardiopulmonar não é abordado nestas diretrizes.

**1.6.** As diretrizes não abordam pacientes com risco de aspiração sem vias aéreas anatomicamente difíceis, pacientes em que vias aéreas difíceis não são encontradas ou vias aéreas fisiologicamente difíceis que não são anatomicamente difíceis.

#### **1.7. DETECÇÃO DE VAD NA AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA**

**1.7.1.** As características demográficas e pessoais de pacientes avaliados para predição de vias aéreas difíceis incluem: idade, sexo, índice de massa corporal, peso e altura.

**1.7.2.** As características clínicas avaliadas incluem histórico de intubação difícil, anatomia distorcida de vias aéreas, roncos, apneia obstrutiva do sono, diabetes mellitus ou achados de testes diagnósticos (p. ex., radiografia, tomografia computadorizada), entrevistas com o paciente e questionários.

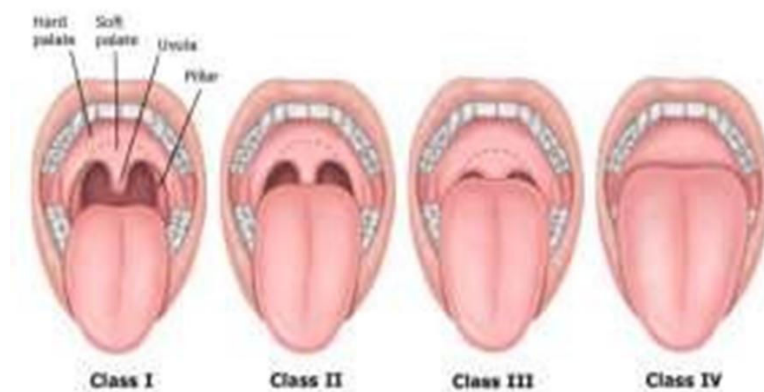
**1.7.3.** A mensuração de características faciais e maxilares incluiu abertura oral, prognatismo, mobilidade de cabeça e pescoço, incisivos superiores proeminentes, presença de barba e um teste de mordida de lábio superior.

**1.7.4.** Mensurações anatômicas incluíram os escores de Mallampati e Mallampati modificado, distância tireo-mentoniana, distância esterno-mentoniana, distância interincisiva, circunferência de pescoço, razão entre circunferência de pescoço e distância tireo-mentoniana, razão da altura da distância tireo-mentoniana, distância hioide-mentoniana e razão da distância hioide-mentoniana. Mensurações obtidas por ultrassom incluíram distância pele-hioide, volume lingual e distância pele-epiglote.

#### **1.8. PREDITIVOS DE INTUBAÇÃO DIFÍCIL**

- 1.8.1. Incisivos superiores longos
- 1.8.2. Retrognatia
- 1.8.3. Inabilidade de projeção da mandíbula
- 1.8.4. Distância inter incisivos inferior a 3 cm
- 1.8.5. Mallampatti III e IV (ver figura 1 – Avaliação Mallampatti)
- 1.8.6. Formato ogival do palato
- 1.8.7. Distância tireo-mento inferior a 6,5 cm
- 1.8.8. Pescoço curto
- 1.8.9. Pescoço largo (>40 cm)
- 1.8.10. Pouca flexão do pescoço

**FIGURA 1 – AVALIAÇÃO MALLAMPATTI**



### 1.9. PREDITIVOS DE VENTILAÇÃO DIFÍCIL

- 1.9.1. Vazamento pela máscara facial: barba, presença de coágulos no rosto, irregularidades no polo inferior da mandíbula.
- 1.9.2. Obesidade e obstrução: IMC>26, gestante a partir de 12 semanas, angioedema, hematomas, abscessos faríngeos e laríngeos, tumores supra-glóticos, radioterapia prévia na região cervical.
- 1.9.3. Idade >55 anos.
- 1.9.4. Dificil acoplamento da máscara: falta de dentes, desnutrição, caquexia e idade avançada.
- 1.9.5. Pulmões resistentes à ventilação: sequelas de queimadura, hemotórax, pneumotórax, distensão abdominal.

### 1.10. ONDUTAS E MANEJO EM VAD

- 1.10.1. Informar ao paciente (ou responsável) sobre todos os riscos relacionados a VAD e os procedimentos que serão realizados.
- 1.10.2. Obter consentimento informado do paciente ou responsável. A recusa do paciente é contraindicação absoluta para o emprego de qualquer técnica, exceto nas emergências com risco iminente de morte.
- 1.10.3.
- 1.10.4. Nos casos de VAD ou estômago cheio, certificar-se da disponibilidade de pelo menos mais um médico anesthesiologista para auxiliar no manejo da via aérea.

- 1.10.5. Garanta que um indivíduo treinado esteja presente ou imediatamente disponível para auxiliar no manejo de vias aéreas quando possível.
- 1.10.6. Garanta que o equipamento de manejo de vias aéreas esteja disponível na sala.
- 1.10.7. Ter todos os materiais necessários prontamente disponíveis.
- 1.10.8. Quando apropriado, realize intubação acordada se o paciente tem suspeita de intubação difícil e um ou mais de um dos seguintes critérios se aplicam: (1) ventilação difícil (máscara facial/supraglótico), (2) risco de aspiração aumentado, (3) paciente provavelmente incapaz de tolerar um episódio breve de apneia ou (4) são esperadas dificuldades com o resgate invasivo de vias aéreas de emergência.
- 1.10.9. Posicionar o paciente em posição olfativa ótima (“sniff position”).
- 1.10.10. Denitrogenar o paciente com FiO<sub>2</sub> de 100% por cinco minutos antes de qualquer técnica para diminuir o risco de hipoxemia nos casos de falha de intubação.
- 1.10.11. Oferecer oxigenação suplementar durante todo o período em que a intubação acordada é realizada.

### **1.11. MATERIAIS NECESSÁRIOS**

- 1.11.1. Coxins para posicionamento adequado do paciente
- 1.11.2. Fonte primária e secundária de oxigênio
- 1.11.3. Sistema de aspiração a vácuo com sondas de aspiração
- 1.11.4. Máscaras Faciais de todos os tamanhos
- 1.11.5. Laringoscópio com lâminas de diversos tamanhos curvas e retas
- 1.11.6. Cânulas orofaríngeas e /ou nasofaríngeas.
- 1.11.7. Sondas traqueais de vários tamanhos.
- 1.11.8. Guias de intubação
- 1.11.9. Fio Bougie e Sondas trocadoras
- 1.11.10. Dispositivos supraglóticos – no mínimo dois tipos diferentes (máscara laríngea, Fastrach e tubo laríngeo)
- 1.11.11. Capnografia ou analisador de gases para confirmação da intubação
- 1.11.12. Fibroscopia Flexível e vídeo laringoscópio
- 1.11.13. Kits de cricotireoidostomia percutânea

### **1.12. VIA AÉREA DIFÍCIL NÃO PREVISTA**

- 1.12.1. Quando encontrar uma via aérea difícil não antecipada:
  - 1.12.1.1. Determine o benefício de acordar e/ou restaurar a respiração espontânea.
  - 1.12.1.2. Determine o benefício de uma abordagem não invasiva versus invasiva para o manejo de vias aéreas.
  - 1.12.1.3. Caso uma abordagem não invasiva for selecionada, identifique uma sequência preferencial de dispositivos não invasivos a ser usada no manejo de vias aéreas.
  - 1.12.1.4. Caso encontre dificuldade com técnicas individuais, uma combinação de técnicas pode ser realizada.
  - 1.12.1.5. Esteja atento à passagem do tempo, ao número de tentativas e à saturação de oxigênio.
  - 1.12.1.6. Forneça e teste a ventilação por máscara depois de casa tentativa, quando viável.
  - 1.12.1.7. Limite o número de tentativas de intubação traqueal ou de posicionamento de supraglóticos para evitar potenciais lesões e complicações.

### **1.13. ABORDAGEM DE VIA AÉREA INVASIVA**

- 1.13.1.** Caso seja necessária uma abordagem invasiva (não é possível intubar, não é possível ventilar), identifique uma intervenção preferencial.
- 1.13.2.** Garanta que a via aérea invasiva seja realizada por um indivíduo treinado em técnicas invasivas de vias aéreas, sempre que possível.
- 1.13.3.** Garanta que a via aérea invasiva seja realizada o mais rápido possível.
- 1.13.4.** Caso a abordagem invasiva selecionada falhe ou não seja viável, identifique uma intervenção invasiva alternativa. (ECMO).

---

## **2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

---

Pacientes com necessidade de manejo de via aérea

---

## **3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

---

NÃO SE APLICA

---

## **4. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO ASSISTENCIAL**

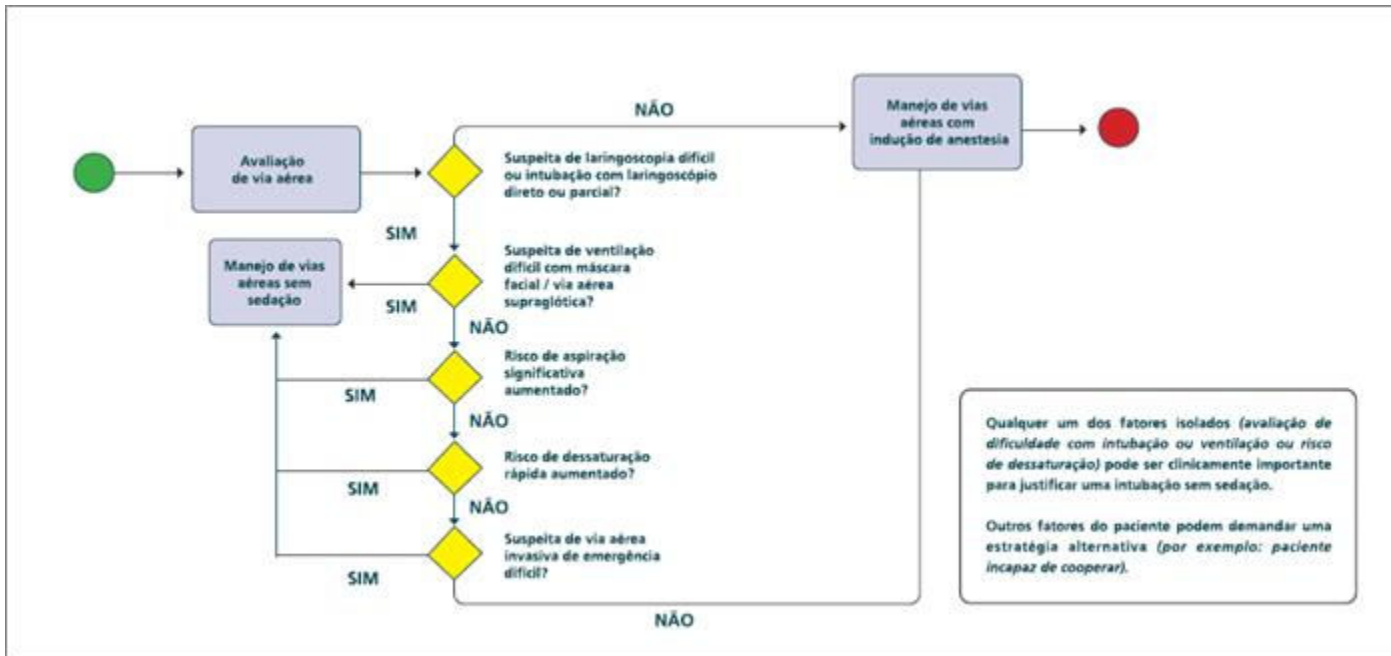
---

- 4.1.** Anamnese e exame físico são realizados na visita pré-anestésica (VPA) e o paciente é avaliado quanto a critérios de intubação e ventilação difíceis e jejum pré-operatório (critérios estabelecidos no protocolo de jejum).
- 4.2.** Todos os dados de anamnese e exame físico (geral e direcionado) são registrados na ficha de avaliação pré-anestésica
- 4.3.** Paciente é considerado de via aérea difícil (VAD) se tiver critérios de ventilação e/ou intubação difíceis
- 4.4.** Paciente é classificado como em jejum ou estômago cheio
- 4.5.** Classificações e considerações são registradas na ficha de avaliação pré-anestésica
- 4.6.** Plano de manejo é elaborado, registrado e comunicado à equipe multidisciplinar pelo médico anestesiológico
- 4.7.** Plano de resgate é elaborado, registrado e comunicado à equipe multidisciplinar pelo médico anestesiológico
- 4.8.** Materiais e recursos humanos necessários são disponibilizados
- 4.9.** Check list pré indução é realizado
- 4.10.** Ato anestésico é iniciado
- 4.11.** É vedado ao médico anestesiológico realizar procedimento em pacientes com provável via aérea difícil sem a disponibilidade de videolaringoscópio ou fibroscópio
- 4.12. CONSIDERAÇÕES**
  - 4.12.1.** Sempre solicitar o videolaringoscópio no caso de VAD não prevista.
  - 4.12.2.** Utilizar técnica diferente da primeira frustrada.
  - 4.12.3.** De preferência a que o médico anestesiológico estiver mais habituado a utilizar.
  - 4.12.4.** Nos casos de VAD não prevista e situação de “não entubo e não ventilo”, chamar ajuda e não dispensar muito tempo e mais de uma tentativa para cada passo do algoritmo.
  - 4.12.5.** A prioridade é a oxigenação sempre
  - 4.12.6.** No paciente acordado a anestesia tópica é de suma importância. Se não há emergência, dedique tempo adequado à mesma.
  - 4.12.7.** Pacientes não colaborativos ou agitados não são candidatos à intubação acordado, bem como os pacientes que se recusam ao procedimento.

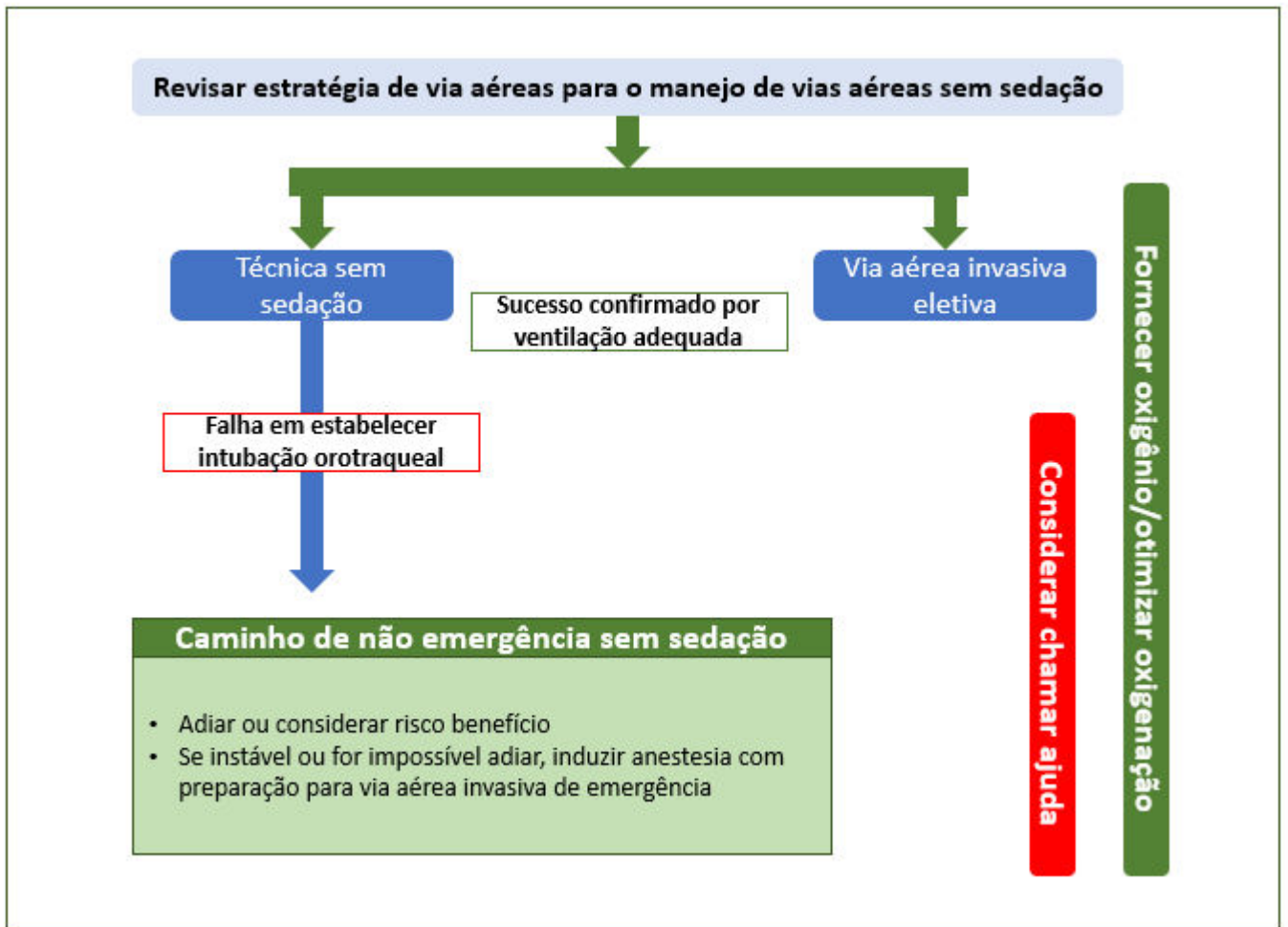
4.12.8. Na impossibilidade de intubação acordado em VAD prevista, proceder sequência rápida e ter antagonistas prontamente disponíveis (na sala).

## 5. FLUXOGRAMA

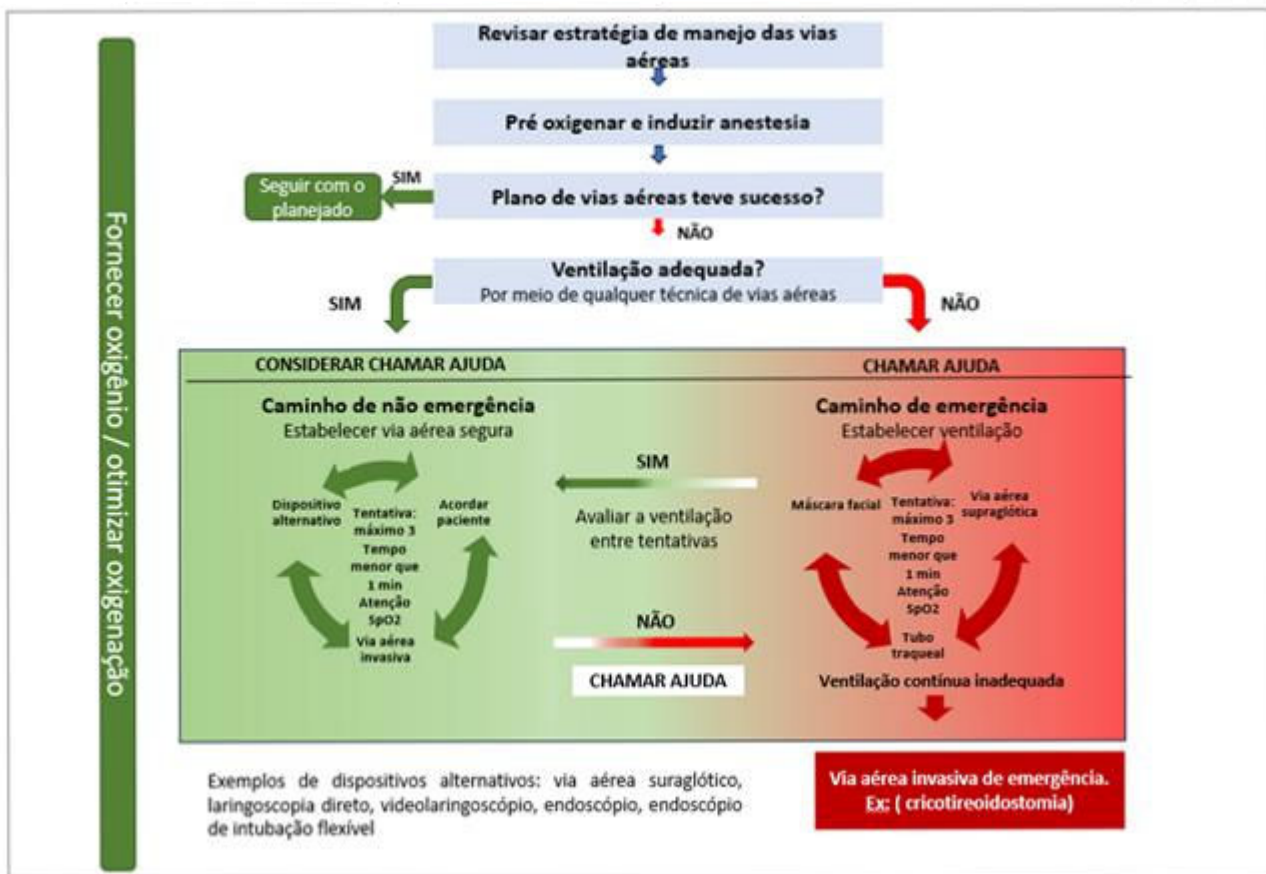
FLUXOGRAMA 1- FERRAMENTA DE DECISÃO PRÉ MANEJO DE VIA AÉREA



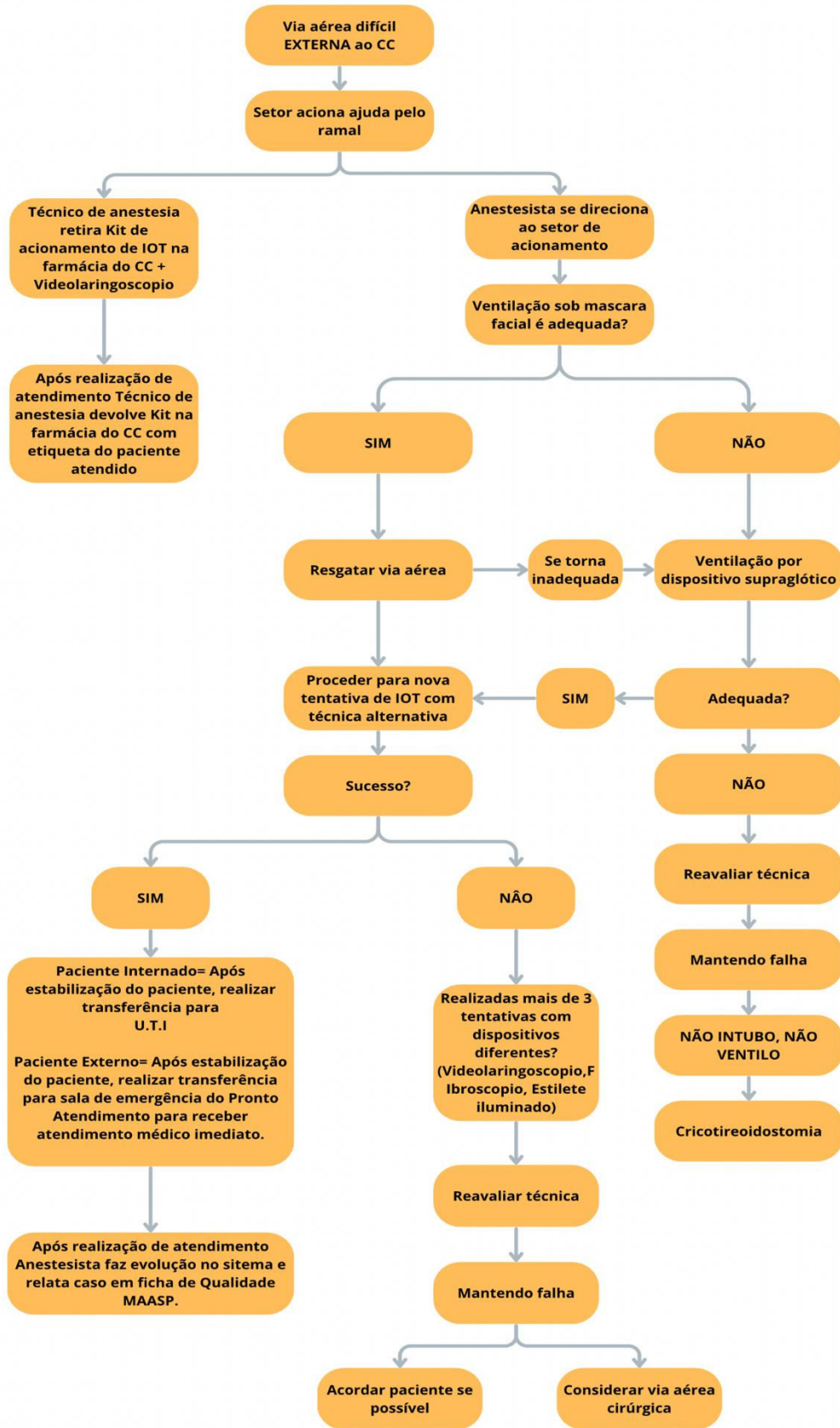
FLUXOGRAMA 2 - MANEJO DE VIA AÉREA SEM SEDAÇÃO



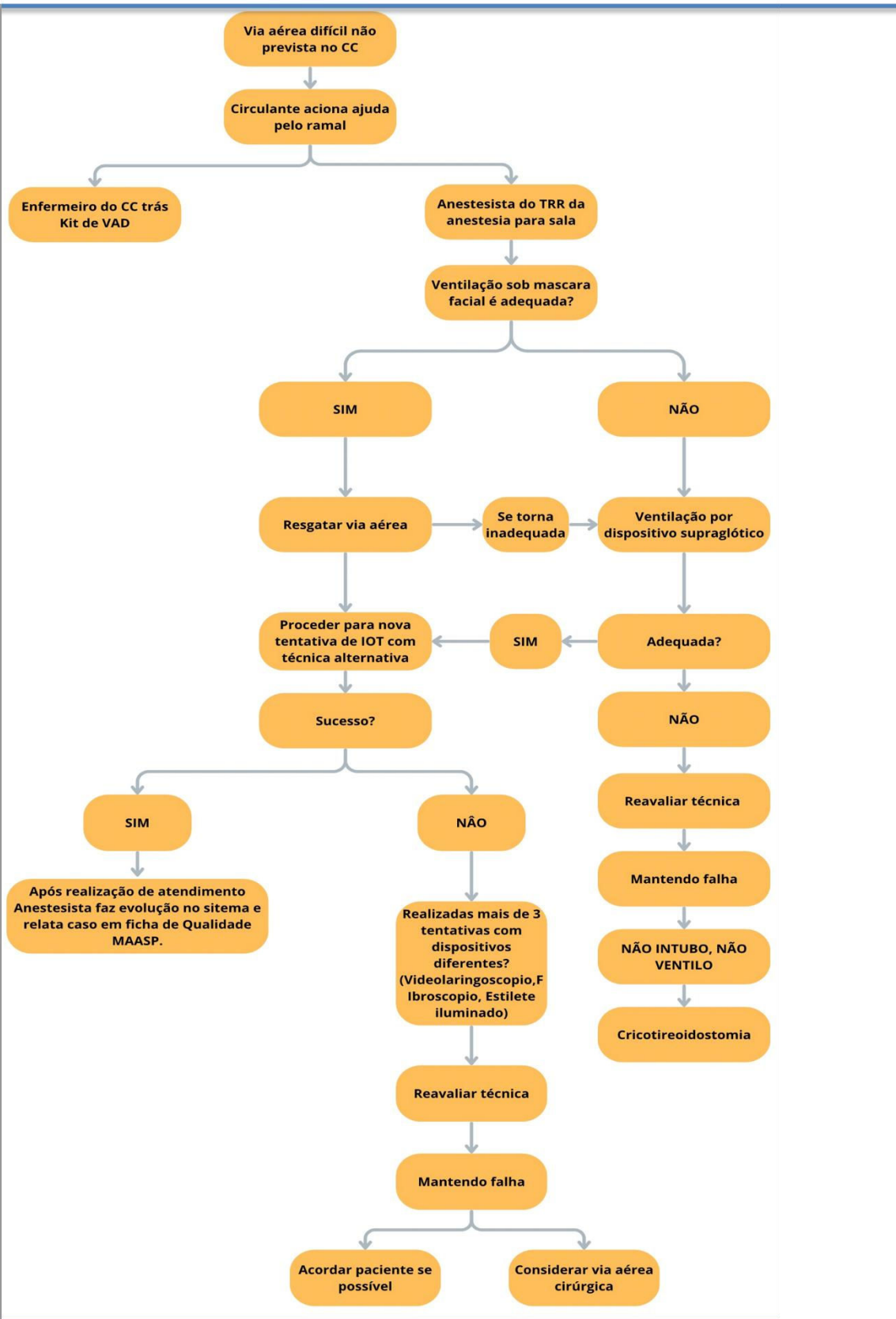
Fonte: ASA Difficult Airway Guidelines, 2022.



Fonte: ASA Difficult Airway Guidelines, 2022.



FLUXOGRAMA 5- ATENDIMENTO AO PACIENTE COM VAD NO CENTRO CIRÚRGICO



6. INDICADOR

NÃO SE APLICA

7. ANEXO





Revisão	Alterações
000	Criação do documento

## 9. REFERÊNCIAS

APFELBAUM, Jeffrey L. et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*, v. 136, n. 1, p. 31–81, jan. 2022. DOI: 10.1097/ALN.0000000000004002.

Peterson GN, Domino KB, Caplan RA, et al. Management of the difficult airway: a closed claims analysis. *Anesthesiology* 2005;103(1):33–9.

Resolução cremesp N°358, de 3 de março de 2023

## 10. WORKFLOW DE APROVAÇÃO

<b>Responsável pela elaboração:</b> [docnix_assinaturaSubmeter]
<b>Responsável pela Revisão:</b> [docnix_assinaturaRevisar]
<b>Responsável pela Aprovação:</b> [docnix_assinaturaAprovar]