

INTUBAÇÃO DIGITAL: UM MÉTODO PARA USO NO SERVIÇO AEROMÉDICO

Categoria: Relato de Caso

Pierre de Souza NOVAIS¹; Daniel Augusto de Souza RODRIGUES²; Douglas Alfredo Pereira ARANTES³; Bruna Cristina de Oliveira DAYRELL⁴; Flavia kariny Aparecida GOMES⁵

RESUMO

Sabe-se que as vítimas de trauma morrem predominantemente devido a hipóxia e a má manipulação das vias aéreas, contribuindo com até 34% das mortes no pré-hospitalar nesses pacientes (KHAN; SARMA; KAYL, 2011). E vários métodos alternativos para intubação endotraqueal estão disponíveis. O método de escolha depende de fatores como as necessidades do paciente, o nível de urgência (orotraqueal versus nasotraqueal, intubação com máscara laríngea para intubação frontal ou laringoscópio de vídeo), colocação do paciente (cara a cara) ou escopo de treinamento e prática (intubação com assistência farmacológica). A intubação digital é indicada quando as técnicas padrão de intubação de trauma não podem ser utilizadas devido à incapacidade do prestador de cuidados pré-hospitalares de assumir a posição padrão na cabeça do paciente traumatizado. Essas situações incluem, mas não se limitam a encarceramentos veiculares e pacientes presos em escombros (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2020). O presente relato enfatiza que a intubação digital pode ser um procedimento útil para paramédicos e equipe do aeromédico no ambiente extra-hospitalar, quando pacientes presos necessitam de intubação, mas não estão em condições de usar métodos mais convencionais.

Palavras-chave: Intubação, Digital, Emergência.

INTRODUÇÃO

Para pacientes que necessitam de intubação orotraqueal, a intubação digital (tátil) é uma técnica alternativa à laringoscopia direta tradicional. Este procedimento envolve o uso dos dedos indicador e médio como guia para colocar cegamente o tubo endotraqueal na laringe do paciente. A intubação traqueal digital demonstrou ser um método seguro, simples e rápido e adequado para uso pré-hospitalar e pelo serviço aeromédico, onde equipamentos e técnicas alternativas de intubação são limitadas ou indisponíveis. Um estudo demonstrou uma taxa de sucesso de 88% entre paramédicos que utilizaram esta técnica e para este procedimento, as únicas duas estruturas anatômicas significativas que o profissional encontrará são a língua do paciente e a epiglote.(REICHMAN, 2013).

A intubação digital às cegas foi descrita pela primeira vez no final do século 18 para salvar vítimas de afogamento, mas um pouco mais de atenção foi dada a esta técnica por STEWART, quando começou a usá-la no atendimento pré-hospitalar e de emergência em meados da década de 1980 (ALCALDE; MARTÍNEZ; RUBIO, 2016).

HANCOCK e PETERSON (1992) relatam o sucesso e a simplicidade do método digital assim como a boa aceitação por parte de quem o pratica. Além de tomar informações específicas do paciente, quanto aos problemas anatômicos e funcionais, é importante considerar as dificuldades que podem surgir em um ambiente de emergência, como no caso de trauma ou doença inflamatória do trato respiratório superior. Falhas na segurança das vias aéreas podem aumentar drasticamente a morbidade e mortalidade dos pacientes em muito pouco tempo. Portanto, toda gama de medidas necessárias para garantir uma via aérea adequada em uma emergência é crucial.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso descritivo de atendimento realizado no dia 17/08/2021 às 14:07 horas. Paciente de 25 anos, sexo masculino, vítima de colisão frontal carro VS carro com encarceramento pelos membros inferiores, encontrava-se na posição de condutor. Equipe de atendimento aeromédico chegou a ocorrência após aproximadamente 20 minutos do acionamento via Central 193 do Corpo de Bombeiros Militar do DF.

Na chegada da equipe de suporte avançado de vida, já estava em atuação equipe de salvamento veicular em tentativa de extricação da vítima. A avaliação médica inicial revelou paciente inconsciente, em apnéia, com pulso fino e bradicárdico. Na iminência de parada cardiorrespiratória (PCR) com paciente ainda encarcerado, sob luz solar contrária intensa e com acesso apenas a lateral direita do paciente, optado por técnica de intubação orotraqueal (IOT) às cegas, guiada pelos dedos da mão do médico socorrista: 3° e 4° dedos na valécula, dedo indicador palpando epiglote e laringe superior e guiando tubo para traqueia.

Ao ventilar, observado condensação no tubo e ausculta torácica presente, porém reduzida em bases bilateralmente com percussão maciça, confirmando posição adequada do tubo orotraqueal (TOT) e provável trauma torácico associado. Paciente foi desencarcerado após cerca de 05 minutos da IOT, evoluindo com PCR em atividade elétrica sem pulso (AESP) sem retorno da circulação espontânea (RCE).

Evidenciado no exame físico pele pálida, com escoriações diversas incluindo região abdominal, coluna cervical com crepitações ósseas, fraturas de membros inferiores bilateralmente com evidente deformidade em fêmur esquerdo, lesões estas que em associação ao quadro clínico pré-parada cardiorrespiratória sugerem choque hipovolêmico como causa da PCR, apesar de garantida ventilação após estabelecimento de via aérea avançada com sucesso por técnica não usual.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A condição do paciente e as doenças ou lesões subjacentes determinam a urgência das medidas, bem como das técnicas a utilizar e do risco associado. No entanto, o melhor procedimento em cada caso individual também depende do equipamento disponível e do nível de especialização e experiência do médico. Múltiplas tentativas fracassadas de intubação não resultam na manutenção da oxigenação, a chave mestra de todas as medidas tomadas pelo médico emergencista; em vez disso, elas colocam em perigo o paciente, prolongam a hipóxia e podem causar trauma adicional às vias aéreas superiores (DÖRGES, 2005). Diante disso, a intubação digital é uma técnica segura e rápida de intubação traqueal que permite a imobilização da coluna cervical e permite a intubação em um momento e lugar em que os métodos convencionais teriam sido difíceis ou impossíveis.

No cenário do paciente em questão, o mesmo estava encarcerado no veículo e com sinais de rebaixamento do nível de consciência e choque hemorrágico grave, com risco iminente de PCR e a indicação de intubação às cegas com as mãos se fez necessário. Apesar dessa decisão crucial, o mesmo cursou com PCR após desencarceramento, sem RCE. A não realização da intubação digital às cegas poderia ter abreviado a permanência dos sinais vitais na vítima e foi muito bem indicada pelo profissional no local da ocorrência, onde a tomada de decisões em cenários pré-hospitalares podem desencadear vários desfechos. Falhas na perviedade das vias aéreas podem aumentar drasticamente a morbidade e mortalidade dos pacientes no trauma, o que não ocorreu no paciente em questão, e o mesmo, inequivocamente, apresentava outras lesões em outros sistemas, incompatíveis com a vida.

A intubação digital às cegas é um procedimento potencialmente salvador de vidas que é fácil de aprender e pode ser facilmente ensinado a médicos e paramédicos, com pouca ou nenhuma destreza (HARDWICK; BLUHM, 1984). É uma técnica alternativa para intubação fora do hospital, onde outras técnicas e equipamentos não estão disponíveis ou são limitados. Não há contraindicações absolutas para a intubação digital porém esta técnica não deve ser realizada em pacientes acordados ou semiconscientes. Deve ser realizado apenas em pacientes paralisados ou inconscientes. Contraindicações relativas seriam a realização deste procedimento em um paciente com múltiplos dentes fraturados que podem desgastar ou cortar os dedos do intubador, ou em um paciente cuja ingestão possa representar um risco bioquímico para o intubador (REICHMAN, 2013).

CONCLUSÃO

Todo médico de emergência deve ser capaz de identificar pacientes que apresentam potenciais problemas de manejo das vias aéreas e devem estar familiarizados com os métodos usados para classificá-los. Ao antecipar dificuldades e abordando-os precocemente, o médico muitas vezes pode evitar situações desfavoráveis para o paciente. Acreditamos que a intubação digital às cegas deveria ser bem conhecida pelos médicos emergencistas. O treinamento por meio de bonecos pode ser muito útil para o aprendizado e desempenho adequados desta técnica.

REFERÊNCIAS

- ALCALDE, H.M.; MARTÍNEZ, J.B.; RUBIO, A. M.M. Digital intubation: Never blind anymore. **Trends in Anaesthesia and Critical Care**, v. 6, p. 28–31, fev. 2016.
- DÖRGES, Volker. Airway management in emergency situations. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, v. 19, n. 4, p. 699-715, 2005.
- HANCOCK, Priscilla J.; PETERSON, Gail. Finger intubation of the trachea in newborns. **Pediatrics**, v. 89, n. 2, p. 325-327, 1992.
- HARDWICK, Wayne C.; BLUHM, Donald. Digital intubation. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 1, n. 4, p. 317-320, 1984.
- KHAN, Rashid M.; SHARMA, Pradeep K.; KAUL, Naresh. Airway management in trauma. **Indian journal of anaesthesia**, v. 55, n. 5, p. 463-469, 2011.
- MOURA, José Henrique Silva. **Intubação endotraqueal neonatal**: revisão da literatura e avaliação da técnica da entubação digital. 2004.
- NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. COMMITTEE ON TRAUMA. **PHTLS: prehospital trauma life support**. Burlington, Ma: Jones & Bartlett Learning, 2020.
- REICHMAN, Eric F. **Emergency medicine procedures**. 2ª edição, capítulo 16, 2013. Disponível em: <<https://accessemergencymedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=683§ionid=45343653>>. Acesso em: 28 de mar. 2024.