

# ADJUVANTES DE VIA AÉREA



Inês Pereira, 2016



## Objetivos

- Identificar os adjuvantes de via aérea utilizados por profissionais de saúde
- Saber utilizar os diversos adjuvantes de via aérea

Inês Pereira, 2016

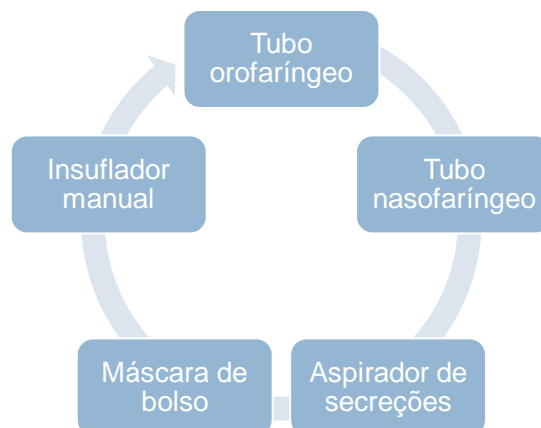
# Adjuvantes de via aérea

Dispositivos necessários para manter a via aérea permeável.

- A permeabilização da via aérea e o restabelecimento da ventilação são objetivos essenciais em SBV.
- Evitar lesões por falta de oxigenação nos órgãos nobres, em particular no cérebro.
- Existem algumas técnicas com adjuvantes que devem ser do conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de socorro.

Inês Pereira, 2016

# Adjuvantes de via aérea



Inês Pereira, 2016

# Aspirador de secreções



- Utilizado na aspiração da cavidade oral ou orofaringe na presença de sangue, vômitos ou secreções.
- Introdução com uma sonda com movimentos suaves.
- Permite manter a permeabilidade da via aérea
- Aspiração por pressão negativa.

Inês Pereira, 2016

# Tubo Orofaríngeo



Tubo de *Guedel*

- Colocado entre a língua e o palato duro.
- Só indicado em vítimas inconscientes, não reativas, sem reflexo do vômito.
- Vários tamanhos: calcular a dimensão adequada
- Distância entre a altura dos incisivos e o ângulo da mandíbula ou entre a comissura labial e o lóbulo da orelha.

Inês Pereira, 2016

# Tubo Orofaríngeo

## Procedimento:

1. Selecionar o tubo indicado;
2. Verificar se não existem corpos estranhos: Remover/ Aspirar antes de inserir o tubo
3. Introduzir o tubo na cavidade oral em posição invertida (com a parte côncava virada para o palato);
4. Introduzi-lo até passar o palato duro e então rodá-lo 180°, de forma que a parte côncava fique virada para a língua, e continuar a empurrar em direção à faringe;
5. Após a colocação do tubo orofaríngeo deve ser confirmada de novo a permeabilidade da via aérea, efetuando o VOS.

Se a vítima reage à introdução do tubo (tosse) deve ser retirado

Inês Pereira, 2016

# Tubo Nasofaríngeo

- Tubo de plástico maleável, biselado numa das extremidades e com um rebordo na outra extremidade.
- É melhor tolerado que o tubo orofaríngeo, em doentes que não estão inconscientes.
- Colocado nas situações em que não é possível colocar o tubo orofaríngeo.
- Não pode ser colocado em vitimas com trauma crânio encefálico e/ou da face, por suspeita de fratura da base do crânio.



Inês Pereira, 2016

# Tubo Nasofaríngeo

- Vários tamanhos
- O tamanho ideal corresponde à distância da asa do nariz ao ângulo da mandíbula.
- A introdução do tubo pode causar hemorragia nasal.
- Se o tubo for demasiado longo, pode induzir o vômito.



Inês Pereira, 2016

# Tubo Nasofaríngeo

## Procedimento:

1. Confirmar a permeabilidade da narina;
2. Lubrificar o tubo;
3. Inserir com pequenos movimentos de torção;
4. Introduzir o comprimento calculado até que a extremidade biselada fique na faringe;
5. Se for sentida alguma resistência durante a introdução do tubo:  
Não forçar a passagem pelo risco de hemorragia ou traumatismo;
6. Após colocação do tubo deve verificar-se a permeabilidade da via aérea efetuando o VOS.

Inês Pereira, 2016

## Máscara de Bolso

- Utilizado por leigos.
- Plástico semi-rígido com rebordo silicone que permite adaptar à face da vítima.
- Transparente (fácil detetar o vômito)
- Válvula unidirecional: barreira entre reanimador e vítima.
- Possui uma entrada para oxigénio suplementar.



Inês Pereira, 2016

## Insuflador manual

- Suporte ventilatório mais avançado.
- Dispositivo plástico colapsável com capacidade de 1800ml de ar.
- Válvula unidirecional.
- Proporciona ventilações mais eficazes na presença de dois socorristas (um socorrista adapta a máscara e o outro faz as insuflações).



Inês Pereira, 2016

# Insuflador manual



Ventilação com 1 reanimador



Ventilação com 2 reanimadores

Inês Pereira, 2016

# Insuflador manual

## Vantagens:

- Pode ser utilizada com e sem oxigénio;
- Atinge concentrações próximas a 100% quando conetada a fonte de oxigénio;
- Risco mínimo de exposição a líquidos corporais;
- Descartável;
- Barata.

## Desvantagens:

- Necessário dois socorristas para uma ventilação adequada;
- Difícil vedação da máscara.

Inês Pereira, 2016



## Oxigénio suplementar

- O Oxigénio suplementar pode ser administrado durante as manobras de SBV, quando se administram ventilações.
- Pode ser administrado através de máscara de bolso ou através de insuflador manual.
- Deve ser administrado oxigénio o mais precocemente possível.
- O débito a administrar com insuflador manual deverá ser de 10-15 L/min.



Inês Pereira, 2016

## DESOBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA



Inês Pereira, 2016



# Objetivos

- Identificar sinais de obstrução da via aérea
- Saber atuar em caso de obstrução da via aérea
- Classificar a obstrução da via aérea
- Saber quando realizar a posição lateral de segurança
- Realizar correctamente a posição lateral de segurança

Inês Pereira, 2016

# Obstrução da via aérea (OVA)

O reconhecimento precoce da **obstrução da via aérea (OVA)** é fundamental para o sucesso da evolução da situação de emergência.

Inês Pereira, 2016

## Classificação da OVA

### Ligeira

- Vitima reage
- Há trocas gasosas
- Ruídos respiratórios na inspiração
- Tosse



### Grave

- Ruído agudo/ ausência de ruído ao inspirar
- Cianose (cor azulada da pele)
- Incapacidade de falar
- Incapacidade de movimentar o ar
- Tosse ineficaz ou ausente



Inês Pereira, 2016

## OVA Ligeira

Consciente, respira, consegue tossir

- Encorajar a tossir
- Vigiar agravamento



Inês Pereira, 2016

# OVA Grave

Não consegue tossir e pode começar a perder forças

5 pancadas  
interescapulares

5 compressões  
abdominais

Inês Pereira, 2016

## 5 pancadas interescapulares

Junto da vítima, de lado e ligeiramente por trás, em posição de equilíbrio.

Com uma mão sustentar o tórax da vítima, inclinando-a ligeiramente à frente.

Com a outra mão aplicar **5 pancadas** entre as omoplatas.

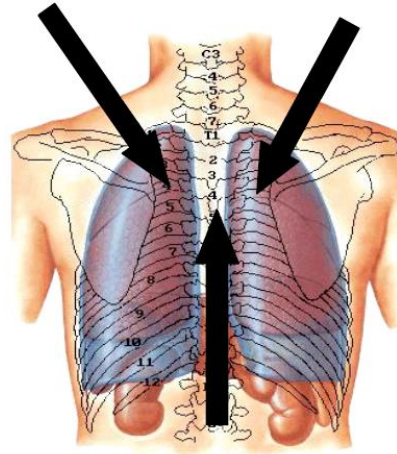
Assim que se observar a reversão da obstrução interromper a manobra.

Inês Pereira, 2016



## 5 pancadas interescapulares

- Cada pancada deverá ser efetuada com a força adequada tendo como objetivo resolver a obstrução.
- Após cada pancada deve verificar se a obstrução foi ou não resolvida, aplicando até 5 pancadas no total.



Inês Pereira, 2016

Em caso de insucesso, alternar  
5 pancadas interescapulares  
com 5 compressões abdominais

Inês Pereira, 2016

## 5 compressões abdominais

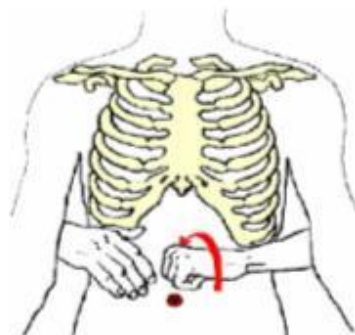
- Ficar posicionado atrás da vítima abraçando-a pela parte alta do abdômen.
- Fechar o punho de uma mão e localizar o ponto de compressão: acima da cicatriz umbilical, com o polegar voltado contra o abdômen da vítima.



Inês Pereira, 2016

## 5 compressões abdominais

- Sobrepor a 2ª mão à já aplicada
- Aplicar uma compressão rápida para dentro e para cima.



Inês Pereira, 2016

Manobra de *Heimlich*

## 5 compressões abdominais

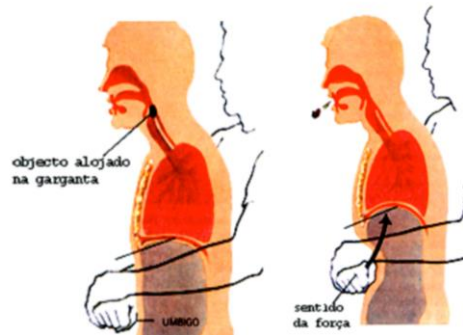
### Localização:

Entre o apêndice xifóide ("boca do estômago") e o umbigo.

Exercer a força de baixo para cima e da frente para trás.



Com esta manobra o corpo estranho pode ser mobilizado e expelido pela boca



Inês Pereira, 2016

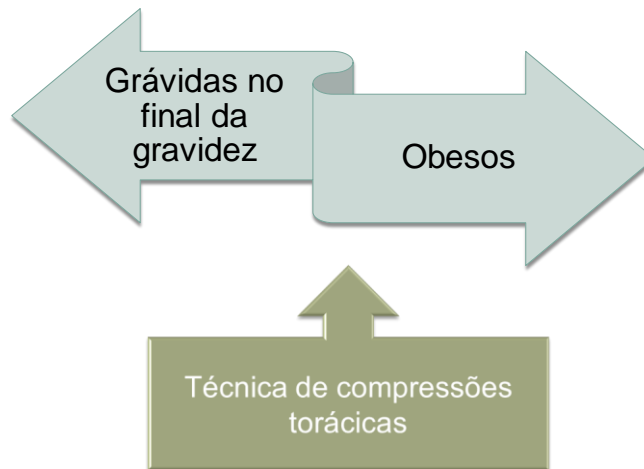
## 5 compressões abdominais

- As compressões são feitas até que o objeto seja expelido da via aérea.
- São aplicadas **até 5 compressões**, com um movimento separado e distinto.



Inês Pereira, 2016

# Exceções



Inês Pereira, 2016

A manobra causa uma elevação do diafragma e aumento da pressão nas vias aéreas, com o qual se consegue uma espécie de “tosse artificial” forçando a saída do corpo estranho.

Inês Pereira, 2016

## Compressões abdominais

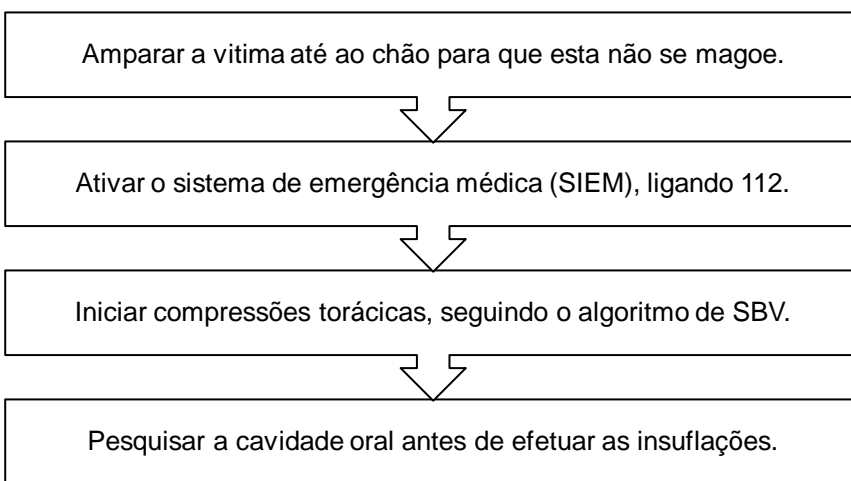
As compressões abdominais podem causar complicações, como lesões de órgãos internos.

Uma vítima que tenha recebido compressões abdominais deve ser examinada por um médico para exclusão de quaisquer complicações.



Inês Pereira, 2016

## Vítima inconsciente



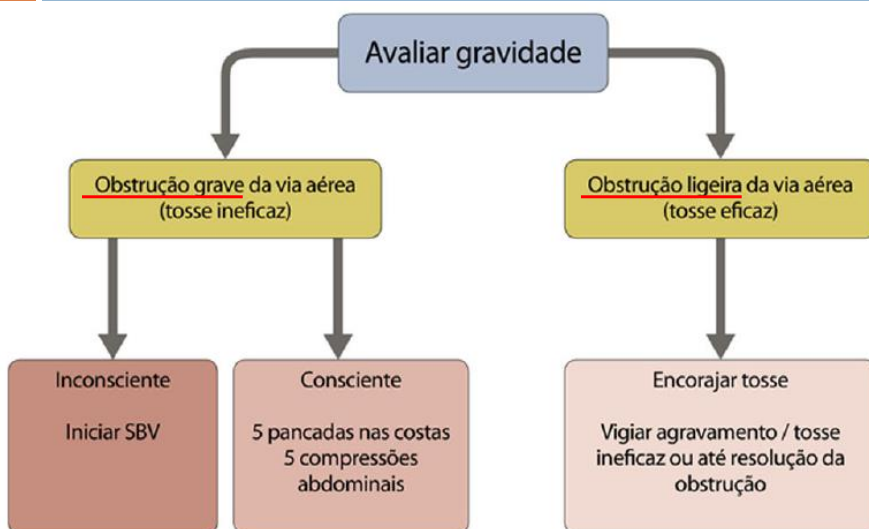
Inês Pereira, 2016



## Algoritmo de desobstrução da via aérea

Inês Pereira, 2016

## Algoritmo desobstrução da via aérea



Inês Pereira, 2016

## Conclusão

A obstrução da via aérea é uma situação emergente que pode levar à morte da vítima em poucos minutos.

Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardio-respiratória e salvar uma vida.

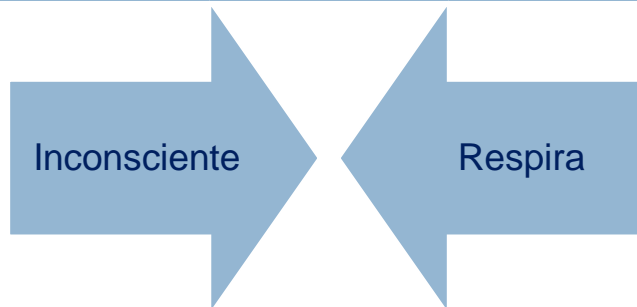
Inês Pereira, 2016

## POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA



Inês Pereira, 2016

# Posição Lateral de Segurança



Manter via aérea permeável

Reduz a queda da língua  
Reduz o risco de aspiração de conteúdo da boca

Inês Pereira, 2016

## Princípios da Posição Lateral de Segurança (PLS)

- Ser uma posição o mais “lateral” possível, para que a cabeça fique numa posição em que a drenagem da cavidade oral se faça livremente.
- Ser uma posição estável.
- Não causar pressão no tórax que impeça a respiração normal.
- Possibilitar a observação e acesso fácil à via aérea.
- Ser possível voltar a colocar a vítima de forma fácil e rápida.
- Não causar lesão à vítima.

Inês Pereira, 2016

## 1º Passo

- Retirar os óculos da vítima e objectos nos bolsos que possam magoar.
- Ajoelhar ao lado da vítima.



Inês Pereira, 2016

## 2º Passo

- Colocar o braço do lado do reanimador em ângulo recto com o corpo.



Inês Pereira, 2016

## 3º Passo

- Cruzar o braço mais distante da vítima sobre o tórax e apoiar a parte dorsal da mão na face do lado do reanimador.



Inês Pereira, 2016

## 4º Passo

- Com a mão livre, segurar na coxa do membro mais distante, logo acima do joelho, dobrá-lo, mantendo o pé no chão.



Inês Pereira, 2016

## 5º Passo

- Mantendo o dorso da mão apoiado na face, puxar a perna, fazendo rolar o corpo da vítima até ficar de lado.



Inês Pereira, 2016

## 6º Passo

- Ajustar a posição da perna superior para que a anca e o joelho formem ângulos rectos entre si e o eixo do corpo.



Inês Pereira, 2016

## 7º Passo

- Permeabilidade da via aérea



Inês Pereira, 2016

## A reter

- Reavaliar a ventilação periodicamente



Diminuir o risco de lesões resultantes da compressão sobre o ombro.

Mais de 30 minutos de PLS- Desfazer e refazer para o outro lado

Inês Pereira, 2016

## A reter

- A PLS é contra-indicada se trauma ou suspeita de trauma.



- A mobilização da vítima deve ser efetuada apenas se não for possível manter a via aérea permeável, se o local não for seguro ou se não conseguir realizar SBV na vítima. Nesses casos, é necessário proteger a coluna da vítima para rodar o seu corpo.

Inês Pereira, 2016

## Desfazer PLS

- O reanimador vai para trás da vítima e alinha as duas pernas
- Coloca uma mão na anca e outra a proteger a cabeça, rolando lentamente a vítima.
- Apoia as costas da vítima nas suas pernas.
- Vai-se afastando.



Inês Pereira, 2016



## Conclusão

As vítimas inconscientes que respiram devem ser colocadas em PLS, desde que não haja suspeita de trauma.

A colocação em PLS permite manter a permeabilidade e evitar a entrada de conteúdo gástrico na via aérea.

Inês Pereira, 2016

## Referências Bibliográficas

- Instituto Nacional Emergência Médica (2011). Manual de Suporte Avançado de Vida.
- Chapleau, W. (2008). Manual de Emergências- um guia para os primeiros socorros. Rio Janeiro. Elsevier
- European Resuscitation Council (2010). Guidelines for Resuscitation 2010
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2005). Coleção guias de saúde: Primeiros socorros. Impala editores. Sintra
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Suporte Básico de Vida. 1ª edição. Versão 2
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012). Suporte Básico de Vida com desfibrilhação Automática externa. 1ª edição. Versão 3.

Inês Pereira, 2016