

IOT EM EQUIPE — DECISÕES CRÍTICAS, PLANO DE E RESGATE E SEGURANÇA NA SALA VERMELHA

Simulação Clínica Interativa e Protocolo Operacional

Briefing Box

ALVO: Médicos, Enfermeiros e Técnicos da Urgência e Emergência.

REGRAS DE ENGAJAMENTO: Casos progressivos. Decisões baseadas em otimização fisiológica. O procedimento não termina até a estabilização completa.

AVISO: O foco não é a anatomia básica, mas a prevenção do colapso peri-intubação.





LÍDER (Coordenação)

Confirma indicação, conduz o **time-out**, define Planos A-D, decreta mudança de **plano** e controla **perseveração**.



OPERADOR (Via Aérea)

Avalia **preditores anatômicos**, escolhe a técnica, executa a **laringoscopia** e **verbaliza** a visualização (ex: visão glótica, falha).



ASSISTENTE (Resgate)

Garante **pré-oxigenação**, sela a **máscara**, ventila, manipula laringe e prepara dispositivos **supraglóticos**.



FÁRMACOS (Enfermeiro)

Confere peso, **calcula** dose (mg/mcg), **rotula** seringas, administra na sequência correta e verbaliza horário.



MONITORIZAÇÃO (Técnico)

Monitora SpO₂, PA, ETCO₂ e cronômetro. Tem **autonomia absoluta** para alertar quedas sem barreiras hierárquicas.



CASO 1: Paciente adulto, pneumonia grave, hipoxemia refratária com máscara de O_2 a 15 L/min. Esforço respiratório intenso.

PONTO DE DECISÃO

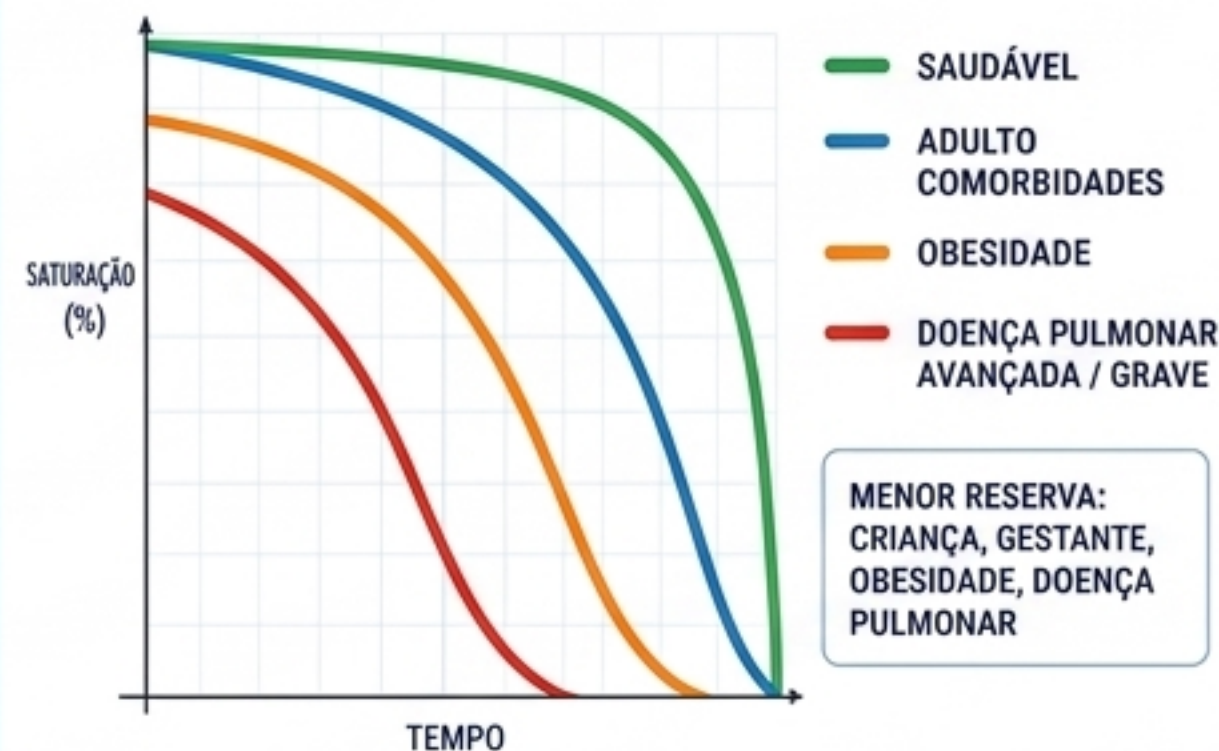
1. A IOT está indicada agora?

Sim. Falha na oxigenação e fadiga iminente. Não espere o paciente parar para intubar.

2. Quais são os riscos dominantes?

Dessaturação profunda durante a apneia devido à baixíssima reserva funcional.

RESERVA DE OXIGÊNIO E TEMPO ATÉ DESSATURAÇÃO





PREPARAÇÃO CONCLUÍDA

- ✓ - Pré-oxigenação com VNI e PEEP (Ok)
- ✓ - Indução e bloqueio realizados (Ok)
- ✓ - Laringoscopia iniciada (Ok)
- ✓ - Laringoscopia iniciada (Ok)
- ✓ - Pré-oxigenação iniciada (Ok)

90%

80%

SpO₂ Crash

00:49



ALERTA DO MONITOR: Saturação caindo rápido: 72%!

OPERADOR: Só mais um pouco, quase vendo as cordas...

Qual a decisão imediata do Líder?



CONDUTA DO PROTOCOLO: O Líder decreta: “Interromper tentativa. Retirar laringoscópio. Reoxigenar imediatamente.” (Plano C: BVM a duas mãos com PEEP).

DEBRIEFING TÉCNICO	DEBRIEFING COMPORTAMENTAL
- ACERTO: Uso de VNI para pré-oxigenar hipoxemia grave. - CORREÇÃO: Nunca prolongar a apneia com saturação em queda livre. A oxigenação tem prioridade sobre a intubação.	- ACERTO CRÍTICO: O alerta do técnico quebrou o viés de fixação do operador. - LIÇÃO: Comunicação em circuito fechado sem barreira hierárquica salva vidas na Sala Vermelha.

Simulation Room



CASO 2: Paciente com choque séptico, caquético, emagrecido. FR de 40 irpm há horas. Alteração progressiva do sensorio e extrema fadiga. Saturando 94%.

Control Room

PONTO DE DECISÃO

1. A IOT está indicada agora?

Sim. Evolução clínica desfavorável. A saturação 'aceitável' oculta o choque avançado e a fadiga letal.

2. Quais são os riscos dominantes?

Colapso cardiovascular peri-intubação. A combinação de vasoplegia, indutores hipnóticos e pressão positiva precipita PCR imediata.

MATRIZ DE INDUÇÃO HEMODINÂMICA (CHOQUE)

CETAMINA (1-2 mg/kg)

- **Mecanismo:** Preserva tônus simpático.
- **Uso Ideal:** Choque séptico. (Reduzir dose em choque profundo).

ETOMIDATO (0,2-0,3 mg/kg)

- **Mecanismo:** Cardioestável.
- **Uso Ideal:** Instabilidade hemodinâmica grave.

⚠️ PROPOFOL

ALERTA VERMELHO: Cardiosupressor e vasodilatador. Aumenta drasticamente risco de PCR no choque.

⚠️ MIDAZOLAM

ALERTA VERMELHO: Hipotensor crasso. Aumenta o risco de colapso circulatório.

REGRA DE OURO: Inicie Norepinefrina (ou push-dose de adrenalina) **ANTES** de empurrar qualquer indutor.

EVENTO INESPERADO: O HÁBITO LETAL

Durante a preparação, o Operador solicita:
“Prepara Propofol em dose cheia e
Fentanil 3 ampolas, como sempre.”
A PA do paciente continua 75/40.

? Como o Enfermeiro e o Líder reagem?

INTERRUPÇÃO DE PADRÃO (O Mito do Fentanil)

- **AÇÃO:** Recusar a prescrição baseada em hábito. Sugerir transição para Cetamina ou Etomidato.
- **FISIOLOGIA:** O Fentanil NÃO é obrigatório na SRI. Em pacientes chocados, ele piora a hipotensão gravemente e causa bradicardia.
- **PROTOCOLO:** Fentanil é seletivo (útil em dissecação de aorta, TCE), mas **PODE** e **DEVE** não ser feito em choque avançado.





CASO 3: VIA AÉREA DIFÍCIL

Paciente com obesidade importante, agitado, SpO_2 84% em máscara.

Preditores anatômicos evidentes (pescoço curto, abertura oral limitada).

CONSTRUINDO A CONTINGÊNCIA ANTES DA INDUÇÃO

PLANO A: Intubação

Videolaringoscopia (Operador mais experiente) + Bougie.

PLANO B: Oxigenação Resgate

Dispositivo Supraglótico de 2ª geração (testado e ao lado da cama).

PLANO C: Ventilação Máscara

BVM a duas mãos + PEEP + Cânulas Orofaringeas.

PLANO D: CICO

Acesso Frontal de Emergência (Cricotireoidostomia).

! A PRIMEIRA TENTATIVA FRACASSADA !



EVENTO INESPERADO:
O Operador retira a lâmina e imediatamente diz:
“Me dá a mesma lâmina, vou tentar do mesmo jeito, agora vai.”



? DECISÃO CRÍTICA: O que o Líder decreta agora?



CONDUTA DO PROTOCOLO: O Líder decreta:
“Tentativa encerrada. Vamos reoxigenar no Plano C.”

FALHOU



REOXIGENAR
(Plano C)



**MUDAR ALGO
OU IR PARA
PLANO B**



PROGRESSÃO VS. PERSEVERAÇÃO

-  - **O ERRO:** Repetir cegamente a mesma manobra aumenta trauma, sangramento e edema, transformando dificuldade em impossibilidade.
-  - **A REGRA:** Se falhou, mude algo significativamente (posição, equipamento, adjunto, ou troque de operador).
-  - **LIMITE:** Máximo absoluto de 3 tentativas. Não intuba, não oxigena = Plano D imediato.

SÍNTESE OPERACIONAL: OS 7 Ps DA IOT



INSIGHT CENTRAL OPERACIONAL:
Passar o tubo é apenas o passo 6. Os passos 1 a 4 são o que, de fato, preservam a vida do paciente e evitam a PCR na Sala Vermelha.

✓ IOT É UM PROCESSO: PREPARAR, EXECUTAR, CONFIRMAR, ESTABILIZAR

MAPA DE FALHAS CRÍTICAS (ERROS PROTOCOLARES)



VOO ÀS CEGAS

Iniciar o procedimento sem o aspirador testado e montado sob o travesseiro.



SEM PARAQUEDAS

Injetar bloqueador neuromuscular sem verbalizar e ter o Plano B em mãos.



INSANIDADE TÉCNICA

Repetir a laringoscopia às cegas após falha sem corrigir o problema primário.



FALSA SEGURANÇA

Confirmar o tubo apenas por ausculta e embaçamento (sinais clínicos mentem).



TORTURA PARALÍTICA

Esquecer analgesia e sedação contínua imediatamente após o uso de Rocurônio.

O PROCEDIMENTO NÃO TERMINA NO TUBO

LISTA DE ESTABILIZAÇÃO PÓS-IOT



- ☐ **VENTILAÇÃO:** Iniciar VM protetora (Volume corrente 6-8 mL/kg do peso PREDITO, não real).



- ☐ **SEDOANALGESIA:** Iniciar sedação e analgesia contínuas IMEDIATAMENTE. O paciente bloqueado sente dor acordado.



- ☐ **HEMODINÂMICA:** Reavaliar pressão arterial a cada 3 min. Tratar hipotensão pós-IOT (rever vasoplegia, PEEP).



- ☐ **TRANSFERÊNCIA:** Acionar CROSS precocemente com SBAR. Nunca transferir sem bombas de infusão e O₂ portátil.



SEM CURVA DE CO₂, NÃO CONSIDERE O TUBO CONFIRMADO.

A ausculta e o embaçamento são auxiliares que podem enganar. CO₂ exalado sustentado é o único padrão-ouro.

Checklist de desempenho da equipe completo.