



"Faça a coisa certa": comentários sobre o reconhecimento e manejo da via aérea difícil

Prezado Editor:

A maioria das emergências pediátricas são caracterizadas pelo comprometimento da via aérea (e.g., epiglote, laringite viral, aspiração de corpo estranho ou trauma pediátrico da cabeça e/ou pescoço)¹. Nessas situações extremas, a necessidade urgente de proteger a via aérea não deve, entretanto, impedir a realização de uma avaliação adequada. A avaliação da via aérea antes da intubação é um procedimento não-invasivo que não requer equipamento e sua realização não deve exceder mais do que alguns minutos. Esse procedimento, no entanto, deve basear-se nos seguintes aspectos:

Primeiro, os dentes [(1-4): 1. comprimento dos incisivos superiores, 2. sobreposição dos dentes maxilares anteriores aos dentes mandibulares, 3. protrusão anterior dos dentes mandibulares em relação aos maxilares, 4. distância inter-incisivos].

Segundo, a boca [(5-6): 5. classificação no teste de Mallampati, 6. conformação do palato].

Terceiro, o espaço mandibular [(7-8): 7. distância tireoentoniana, 8. complacência do espaço mandibular].

Quarto, o pescoço [(9-11): 9. comprimento do pescoço, 10. largura do pescoço, 11. amplitude de movimento do pescoço e da cabeça].

É importante lembrar que esses 11 procedimentos não devem ser considerados preditores infalíveis da dificuldade de intubação. Quanto mais preditores forem usados, mais precisa será a predição². Em pediatria, devido às particularidades da anatomia e da fisiologia pediátrica, a via aérea difícil, antecipada ou inesperada, pode ser um desafio para pediatras, médicos emergencistas e anestesiológicos pediátricos⁴. Nesse sentido, na opinião de vários especialistas, a manobra mais importante, seguindo a intubação endotraqueal (especialmente quando realizada fora da sala de cirurgia), é a confirmação da posição apropriada do tubo traqueal através de técnicas de exame não-físicas⁵ que incluem^{2,5}:

Primeiro, detector *EasyCap* de CO₂ ao final da expiração (*end-tidal* CO₂ - P_{ET}CO₂): presença de débito cardíaco necessária para guiar o posicionamento traqueal do tubo endotraqueal.

Segundo, detector esofágico: a presença de débito cardíaco não é necessária para mostrar a posição traqueal do tubo endotraqueal.

Terceiro, algoritmo para uso combinado do detector de CO₂ e do detector esofágico.

Os detectores *EasyCap* e esofágico são métodos simples, fáceis, confiáveis, rápidos e praticamente infalíveis para confirmação da intubação endotraqueal. Esses métodos foram incluídos nas Diretrizes Internacionais 2000 para ressuscitação cardiopulmonar⁵.

Em caso de impossibilidade de intubação inicial do paciente, a troca de gases dependerá da ventilação adequada com máscara facial. O primeiro componente para uma tentativa ótima de ventilação com máscara deve ser um esforço conjunto de duas pessoas seguido do uso de uma via orofaríngea de tamanho suficiente (Tabela 1). Os componentes necessários para uma ótima tentativa de laringoscopia incluem experiência do operador, relaxamento muscular adequado, posicionamento adequado da cabeça do paciente, pressão externa ótima e tipo e comprimento adequados da lâmina do laringoscópio (Tabela 1)².

Tabela 1 - Definições de tentativas ótimas de máscaras de ventilação e laringoscopia

Definição de máscara de ventilação ótima	Definição de tentativa ótima de laringoscopia
Anteriorização bilateral da mandíbula e vedação da máscara (dois operadores são necessários)	Operador razoavelmente experiente Relaxamento muscular
Via orofaríngea suficientemente larga	Posição ótima da cabeça Ótima pressão externa da laringe
	Alterar o comprimento da lâmina x 1 Alterar o tipo da lâmina x 1

Krzysztof M. Kuczkowski

Professor de Anestesiologia e Medicina Reprodutiva; Diretor do Departamento de Anestesiologia e Medicina Reprodutiva, University of California San Diego, San Diego, California, USA.

Referências

1. Amantea SL, Piva JP, Zanella MI, Bruno F, Garcia PC. Rapid airway access. *J Pediatr* (Rio J). 2003;79 Suppl 2:S127-38.
2. Benumof JL. ASA Difficult Airway Algorithm: New Thoughts and Considerations. CSA/UCSD Annual Meeting and Anesthesiology Review Course, May 22, 2004; 135-150.
3. Kuczkowski KM, Reisner LS, Benumof JL. Airway problems and new solutions for the obstetric patient. *J Clin Anesth*. 2003;15:552-63.
4. Brambrink AM, Meyer RR, Kretz FJ. Management of pediatric airway—anatomy, physiology and new developments in clinical practice. *Anaesthesiol Reanim*. 2003;28:144-51.
5. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2000;102 Suppl 1:380-8.