

## Questionário

1. A parada cardíaca peri-intubação ocorre em menos de 1% das intubações tradicionais "com sedação" em pacientes críticos.

Falso: A intubação com sedação tradicional é um procedimento de alta mortalidade em pacientes críticos. A parada cardíaca ocorre em até 3,1%.

2. Quando ocorre parada cardíaca peri-intubação em pacientes críticos, a recuperação da circulação espontânea é facilmente alcançada.

Falso: A recuperação da circulação espontânea não é alcançada em aproximadamente 50% dos pacientes.

3. Uma via aérea fisiologicamente difícil refere-se à dificuldade em garantir de forma segura uma via aérea devido a fatores do paciente fora da anatomia da via aérea, como o estado hemodinâmico e a reserva respiratória.

Verdadeiro: Tradicionalmente, o termo "via aérea difícil" refere-se a características anatômicas que tornam a intubação endotraqueal difícil, no entanto, uma via aérea fisiologicamente difícil refere-se a fatores fisiológicos que aumentam o risco associado à intubação.

4. Pacientes com saturação de oxihemoglobina inferior a 93% e não responsivos ao oxigênio suplementar de uma máscara de não reinalação ou oxigênio nasal de alto fluxo, provavelmente têm fisiologia de shunt, e a ventilação não invasiva com pressão positiva deve ser considerada para pré-oxigenação.

Verdadeiro: Uma vantagem da ventilação não invasiva com pressão positiva é que a pressão positiva pode aumentar a ventilação para áreas do pulmão de outra forma pouco ventiladas, melhorando assim o desequilíbrio ventilação-perfusão e aumentando a saturação de oxigênio.

5. Pacientes com hipoxemia severa e refratária sempre devem passar por intubação de sequência rápida para garantir a via aérea o mais rápido possível.

Falso: Várias diretrizes recomendam a consideração de uma intubação com o paciente acordado e respirando espontaneamente para pacientes em risco de dessaturação rápida. A manutenção do impulso respiratório pode prevenir dessaturações graves que podem ocorrer mesmo com um breve período de apneia.

6. Oxigenação apneica pode prolongar o tempo até a dessaturação, mas não desacelera a taxa de aumento do dióxido de carbono arterial.

Falso: A oxigenação apneica fornece algum nível imprevisível de lavagem do espaço morto, que vai desacelerar a taxa de aumento do dióxido de carbono arterial em um paciente apneico. Este efeito é aumentado quando se usa fluxos mais altos de oxigênio.

7. Vasodilatadores pulmonares inalatórios (por exemplo, óxido nítrico) são adjuntos úteis para otimizar a pré-oxigenação em pacientes com hipoxemia refratária.

Verdadeiro: Vasodilatadores pulmonares inalatórios vão vasodilatar preferencialmente áreas ventiladas do pulmão, melhorando assim o desequilíbrio ventilação-perfusão e a pré-oxigenação.

8. A pressão arterial sistólica pré-intubação tem pouco efeito nos resultados da intubação em pacientes críticos.

Falso: Pressão arterial sistólica pré-intubação < 90 mmHg, foi associada com uma incidência de 12-15% de parada cardíaca peri-intubação, um aumento de 4-5 vezes comparado ao risco geral de intubação em pacientes críticos.

9. A administração de um bolus de cristalóide intravenoso antes de cada intubação em pacientes críticos não reduz significativamente a incidência de colapso cardiovascular.

Verdadeiro: Pacientes hipotensivos estão em alto risco de intubação, então fluidos intravenosos devem ser administrados para otimizar pacientes potencialmente responsivos ao volume com base na suspeita clínica.

10. Quando usados como agentes de indução anestésica em pacientes críticos, cetamina e etomidato não têm diferença significativa na mortalidade em 28 dias.

Verdadeiro: A mortalidade foi mostrada ser maior em 7 dias para etomidato, mas isso convergiu para uma diferença insignificante após 28 dias.

11. O uso de propofol como agente de indução é um fator de risco independente para colapso hemodinâmico peri-intubação em pacientes críticos.

Verdadeiro: Devem ser considerados agentes alternativos ou técnicas de despertar.

12. Pacientes com acidose metabólica severa provavelmente tolerarão um breve período de apneia.

Falso: Pacientes com acidose metabólica severa podem se descompensar com mesmo um breve período de apneia, e uma estratégia de intubação com o paciente acordado e respirando espontaneamente deve ser considerada.

13. A oxigenação apneica não tem benefício potencial em pacientes com acidose metabólica severa e sem hipoxemia.

Falso: A oxigenação apneica demonstrou desacelerar a taxa de aumento do dióxido de carbono arterial em pacientes apneicos, e, portanto, pode desacelerar o declínio no pH arterial em um paciente apneico.

14. A pré-oxigenação com ventilação não invasiva de pressão positiva em pacientes com acidose metabólica severa não é benéfica na ausência de suspeita de desequilíbrio ventilação-perfusão.

Falso: Os benefícios da ventilação não invasiva de pressão positiva na acidose metabólica incluem redução do trabalho respiratório e, portanto, demanda metabólica, aumento da ventilação e, portanto, aumento do pH, e permitindo estimativas das necessidades de ventilação pós-intubação.

15. O uso de ventilação não invasiva de pressão positiva para pré-oxigenação pode se beneficiar da adição de cânulas de oxigênio de alto fluxo nasal para oxigenação apneica.

Verdadeiro: A combinação de ventilação não invasiva de pressão positiva para pré-oxigenação e oxigênio nasal de alto fluxo para oxigenação apneica demonstrou manter a saturação de oxigênio melhor do que a ventilação não invasiva sozinha para pacientes com hipoxia severa.

16. Um paciente com insuficiência aguda do ventrículo direito não tem benefício potencial de uma abordagem acordada e com respiração espontânea para intubação.

Falso: A insuficiência do ventrículo direito é agudamente agravada pela hipercapnia, acidose, hipóxia e altas pressões intratorácicas, todas exacerbadas pela apneia e transição rápida para ventilação com pressão positiva. Uma abordagem acordada pode permitir a mitigação desses fatores.

17. Um paciente com tamponamento cardíaco está em alto risco de descompensação com a indução da anestesia e transição para ventilação com pressão positiva.

Verdadeiro: Os objetivos peri-intubação para tamponamento cardíaco incluem aumentar a pré-carga, evitar bradicardia, manter a resistência vascular sistêmica e minimizar os aumentos na pressão intratorácica. Esses objetivos entram em conflito com a necessidade de bolus sedativos e início rápido de ventilação com pressão positiva exigidos com uma intubação sequencial rápida tradicional.

18. Pacientes em estado hipermetabólico, como sepse, tireotoxicose ou queimaduras, não estão em risco de intolerância à apneia, desde que o oxigênio arterial e o dióxido de carbono não estejam gravemente alterados.

Falso: Um estado hipermetabólico resulta em aumento do consumo de oxigênio e acumulação de dióxido de carbono, que podem ser compensados pelo aumento do impulso respiratório. Mesmo uma breve apneia pode resultar em acidemia e dessaturação de oxigênio.

19. Um paciente com estenose aórtica grave se beneficiará da taquicardia para aumentar o débito cardíaco.

Falso: A taquicardia resulta em aumento da demanda de oxigênio miocárdico, redução do tempo de perfusão coronariana e redução do tempo de enchimento diastólico, todos prejudiciais a um ventrículo esquerdo hipertrofiado, como é comum na estenose aórtica.

20. Pacientes com uma via aérea fisiologicamente difícil estão em alto risco de morbidade e mortalidade peri-intubação, e a otimização cuidadosa de sua condição, juntamente com estratégias alternativas de intubação, deve ser considerada com base na fisiopatologia do paciente.

Verdadeiro: Há um crescente corpo de literatura demonstrando que o estado fisiológico de um paciente durante a intubação está associado ao grau de risco relacionado à intubação, e medidas devem ser tomadas para otimizar o paciente e potencialmente reduzir esse risco.