**ATOTW 542**

**MANEJO DAS VIAS AÉREAS EM PACIENTES COM TRAUMA MAXILOFACIAL – PARTE 2**

**PERGUNTAS E RESPOSTAS**

1. **A elevação da mandíbula causa menos movimento da coluna cervical em comparação com o manuseio de cabeça e elevação do queixo.**

**Verdadeiro**: O uso da elevação de mandíbula é aconselhado, a menos que a lesão da coluna cervical tenha sido descartada.

1. **A sucção cega e a remoção de obstruções das vias aéreas têm o potencial de causar mais trauma.**

**Verdadeiro**: A sucção cuidadosa e a remoção de obstruções devem ser feitas sob visão.

1. **A posição supina permite a manutenção do alinhamento da coluna e, portanto, é ideal para pacientes inconscientes e não intubados com fraturas maxilofaciais.**

**Falso**: A posição supina pode levar à obstrução das vias aéreas e, em comparação com a posição lateral esquerda, apresenta maior risco de vômito e aspiração.

1. **Utilizar um circuito respiratório e máscara facial é o método preferido para pré-oxigenação no manejo definitivo das vias aéreas em trauma maxilofacial.**

**Verdadeiro**: Aplicar a máscara facial com pressão mínima para baixo, juntamente com capnografia de forma de onda, é aconselhado.

1. **A oxigenação apneica é definida como ventilação contínua com máscara-bag e respirações de suporte durante os períodos de apneia.**

**Falso**: A oxigenação apneica refere-se à oxigenação na ausência de respiração espontânea ou ventilação mecânica, prolongando a duração da apneia antes que a dessaturação ocorra.

1. **Pacientes com trauma maxilofacial que não possuem lesões na coluna cervical podem achar vantajoso estar na posição sentada ou semi-Fowler.**

**Verdadeiro**: Essa posição pode melhorar a permeabilidade das vias aéreas, promovendo a drenagem de fluidos longe das vias aéreas. Uma elevação de 30 graus da cabeça é considerada eficaz para pacientes com lesões traumáticas no cérebro e no peito, pois ajuda a diminuir a pressão intracraniana e suporta a função respiratória.

1. **A instrumentação das vias aéreas como parte das técnicas avançadas de manejo exige sedação ou anestesia geral.**

**Falso**: A instrumentação das vias aéreas também pode ser realizada com o paciente alerta e consciente durante o procedimento, caso as vias aéreas estejam anestesiadas.

1. **A abordagem acordada para o manejo avançado das vias aéreas exige cooperação do paciente e adequada localização das vias aéreas.**

**Verdadeiro**: A abordagem acordada é contraindicada em pacientes não cooperativos e intoxicados.

1. **A abordagem acordada para o manejo avançado das vias aéreas não é ideal se for prevista dificuldade no manejo e/ou o paciente tiver lesão na coluna cervical.**

**Falso**: O método acordado para o manejo avançado das vias aéreas é preferido quando situações desafiadoras ou lesões na coluna cervical são esperadas, embora possa causar desconforto e ansiedade no paciente.

1. **A sedação continua segura em pacientes gravemente doentes e pode ser usada para aliviar a ansiedade do paciente durante uma abordagem acordada para o manejo avançado das vias aéreas em pacientes com lesões maxilofaciais.**

**Falso**: A sedação mínima pode ser usada para aliviar a ansiedade do paciente, mas deve ser utilizada com extrema cautela em pacientes gravemente doentes, pois pode levar a respiração insuficiente e obstrução das vias aéreas.

1. **A pressão cricoide é contraindicada em lesões laríngeas.**

**Verdadeiro**: A aplicação de pressão na cartilagem cricoide pode causar mais danos às estruturas laríngeas e traqueais já comprometidas, levando à obstrução das vias aéreas e dificultando a intubação.

1. **Os dispositivos supraglóticos de segunda geração (SADs) garantem a proteção das vias aéreas.**

**Falso**: Os SADs não garantem proteção das vias aéreas, apesar das características avançadas de design, e, portanto, não constituem uma via aérea definitiva.

1. **A anestesia regional é uma maneira prática de fornecer anestesia das vias aéreas para uma abordagem acordada ao manejo avançado das vias aéreas, particularmente em pacientes com trauma maxilofacial.**

**Falso**: Bloqueios nervosos das vias aéreas são frequentemente impraticáveis em trauma maxilofacial, pois exigem abertura razoável da boca e movimento do pescoço.

1. **O acesso cirúrgico às cavidades oral e nasal é crucial para reconstruções craniofaciais complexas, mas restringe o uso de tubo endotraqueal oral devido à interferência com a oclusão dentária e fixação mandibular-maxilar.**

**Verdadeiro**: Historicamente, as traqueostomias eram usadas, mas as intubações retromolar e submental agora são alternativas que evitam as complicações da traqueostomia.

1. **A intubação submental é uma alternativa relativamente rápida e simples à traqueostomia quando o acesso cirúrgico à cavidade oral e fixação mandibular-maxilar (MMF) é necessário; também pode ser usada para ventilação mecânica prolongada pós-operatória.**

**Falso**: A intubação submental é contraindicada para ventilação prolongada e deve ser revertida ao final da cirurgia para intubação oral.

1. **A intubação fibra-óptica acordada (AFOI) é contraindicada para o manejo emergencial das vias aéreas em pacientes com trauma maxilofacial.**

**Falso**: A AFOI pode ser usada, mas exige condições controladas e bem preparadas, um clínico experiente e habilidoso, e um paciente cooperativo.

1. **A traqueostomia é indicada em trauma maxilofacial com lesões laríngeas e traqueais coexistentes.**

**Verdadeiro**: O trauma laríngeo e traqueal é uma indicação para uma via aérea cirúrgica para garantir a permeabilidade das vias aéreas.

1. **A decisão de extubar após a cirurgia maxilofacial é uma decisão complexa, influenciada por múltiplos fatores.**

**Verdadeiro**: A decisão de extubar pós-operatório deve ser discutida com a equipe cirúrgica enquanto fatores do paciente e cirúrgicos são simultaneamente considerados.

1. **Após a cirurgia, o cirurgião pode deixar a sala de operações, desde que deixe suas informações de contato e deve retornar prontamente caso seja notificado de quaisquer complicações durante a extubação.**

**Falso**: A equipe cirúrgica deve permanecer presente até que o paciente seja extubado com sucesso e sua condição geral esteja estável.

1. **O tubo endotraqueal deve ser removido somente quando o paciente estiver totalmente acordado com a fixação mandibular-maxilar (MMF).**

**Verdadeiro**: A extubação acordada é preferida porque elásticos e fios de mandíbula restringem a abertura da boca, sendo necessário que cortadores de fio ou tesouras estejam imediatamente disponíveis tanto na sala de operação quanto na de recuperação.