

PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS

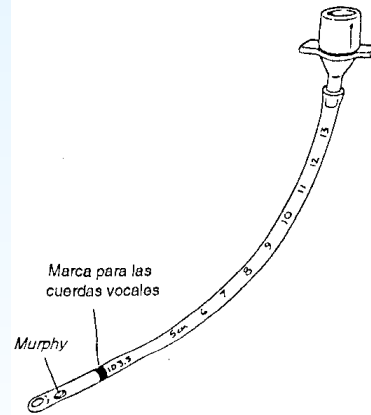
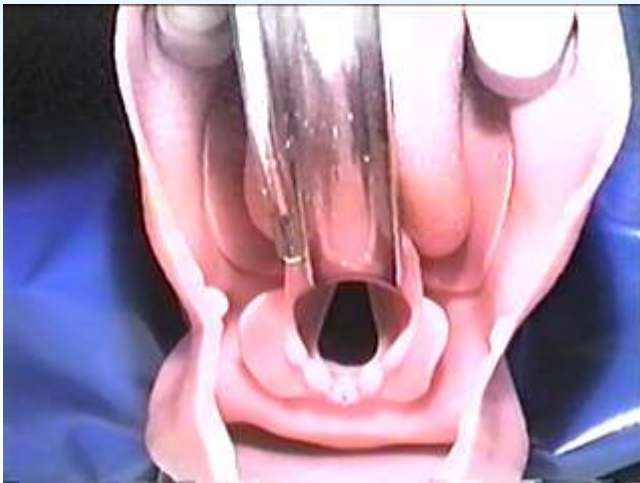
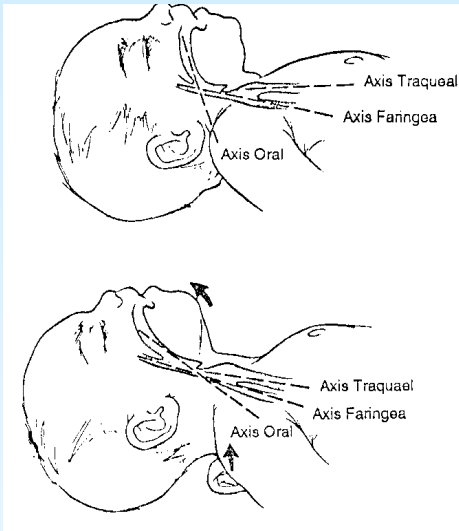
NEONATOLOGIA

ISRAEL FIGUEIREDO JUNIOR

israel@vm.uff.br

VIAS AÉREAS e VENTILAÇÃO

Intubação Traqueal

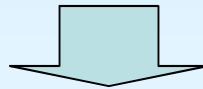


Intubação Traqueal

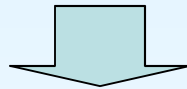
Técnica de Intubação

- Seqüência

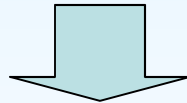
Oxigenação com ambu com O2 100% + monitorar FC



Tentar por 30 seg. + Verificação da FC



Não foi possível ou queda da FC (80 lactente ou 60 em criança)



Interromper a intubação + ventilar com ambu e O2 100% antes de nova tentativa **ova**

Intubação Traqueal

Técnica de Infusão de Surfactante

EXISTEM DUAS FORMAS

- POR ADAPTADOR LATERAL AO TUBO TRAQUEAL – permite a administração enquanto da ventilação mecânica
- UTILIZANDO SONDA COLOCADA NO INTERIOR DO TUBO – o preparado é administrado na extremidade distal do tubo, em 4 alíquotas, sendo necessária ventilação manual para dispersão do surfactante

ALGUMAS ORIENTAÇÕES

- Manter refrigerado enquanto não usado
- Retirar do frasco evitando a formação de bolhas de ar no interior da seringa – ligações estáveis difíceis de se desfazer
- Aspirar tubo antes e evitar nas próximas 3 a 6 horas
- Evitar o refluxo de surfactante
- Quando em VM é necessário sincronizar infusão/inspiração
- Sempre monitorizar sinais vitais do RN
- Rever fixação – após a droga o tubo fica escorregadio – evitar deslocamentos

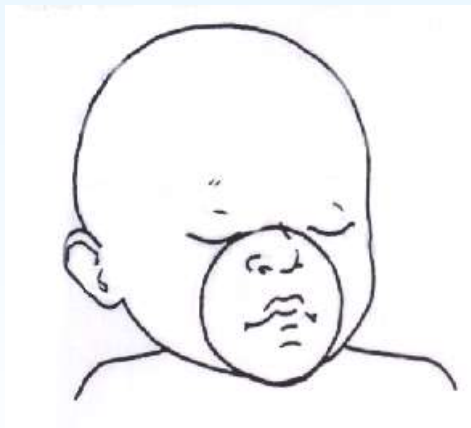
Intubação Traqueal

Aspiração Meconial

ALGUMAS ORIENTAÇÕES

- Prevenção – amnioinfusão de SF0,9% - diluição do mecônio
- Aspiração de vias aéreas após desprender ombros – pelo obstetra
- RN deprimidos – visualização imediata da glote por laringoscopia e aspiração traqueal – repetir o procedimento até que não haja mais mecônio – aplicar pressão negativa por 3 a 5 segundos enquanto o tubo é retirado – assegurar oxigenação do paciente entre a troca dos tubos – hoje existem vários adaptadores de tubo traqueal que permitem a aspiração e ventilação quase que concomitantes
- RN vigoroso – sem asfixia, não se recomenda mais a aspiração traqueal, independente do mecônio

Adaptação da Máscara



Bolsa Auto-Inflável



OXIGENIOTERAPIA

$$\text{Fio}_2 = \frac{\text{Fluxo Ar} \times 0,21 + \text{Fluxo O}_2 \times 1}{\text{Ar} + \text{O}_2 \text{ (litros)}}$$



CPAP

- Três ajustes devem ser realizados:

Fluxo : $F = 3 \times V_m$ ml/min $V_m = FR \times V_c$

ml/min $V_c = 6$ a 8 ml x peso (kg)

FiO2 : o parâmetro é a última [] de O2 do RN no Hood (0,6 a 0,8)

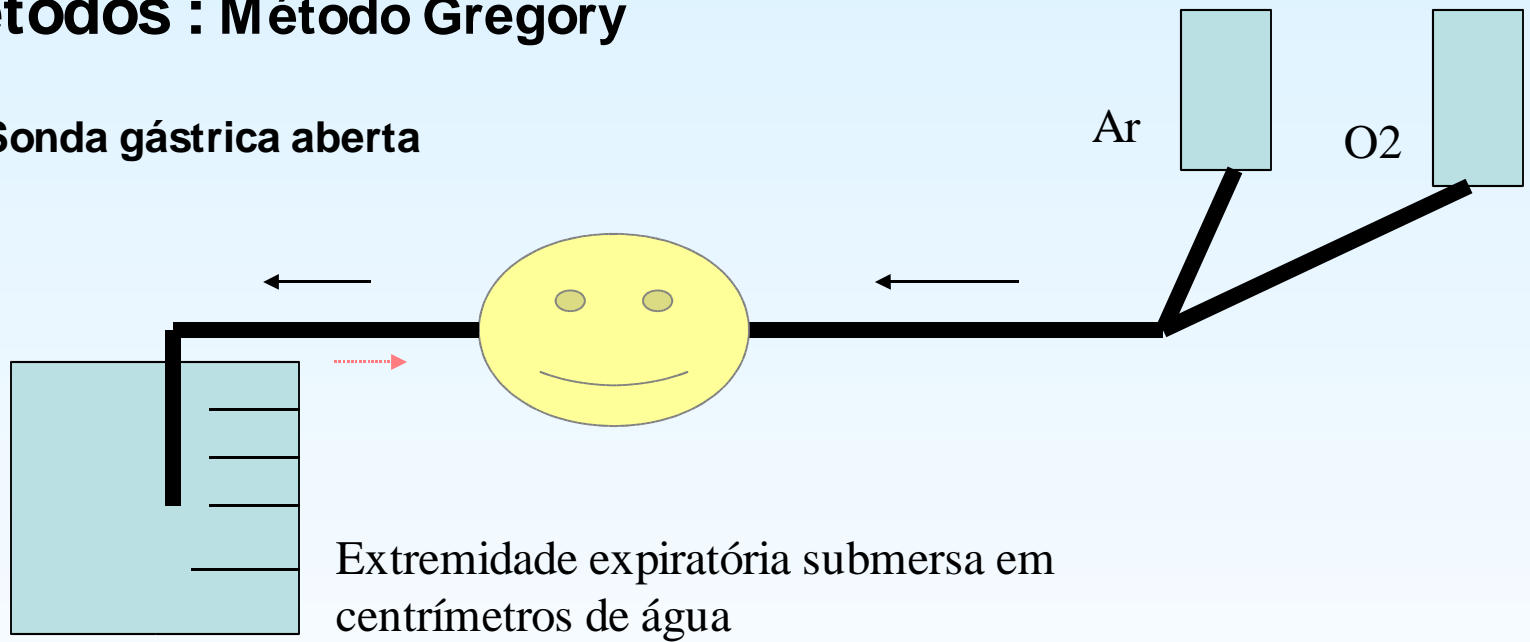
Pressão : não devem ser utilizadas pressões acima de 10 a 12 cmH2O

CPAP

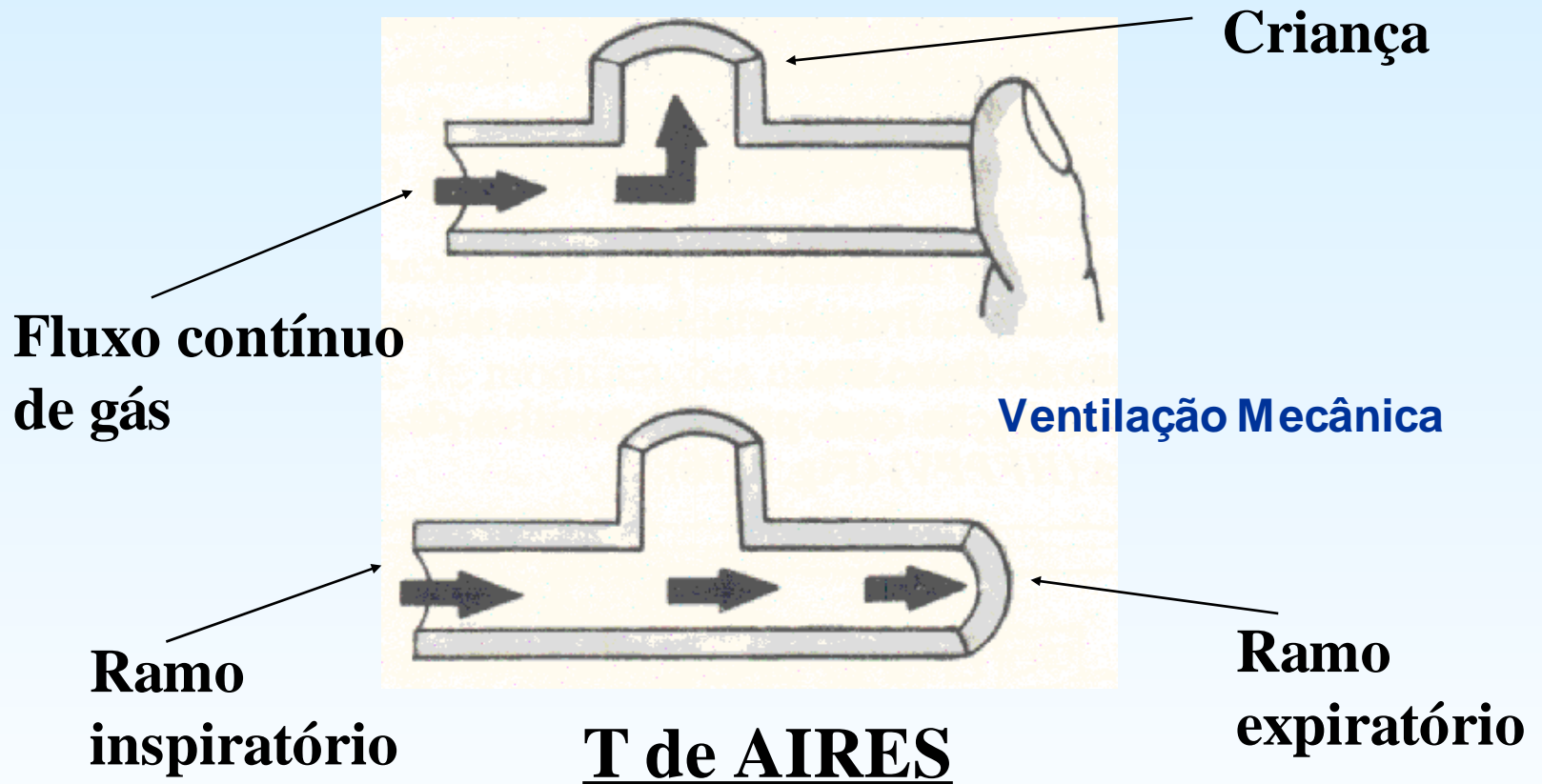
- Administração

- * **Métodos : Método Gregory**

Obs : Sonda gástrica aberta



ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA







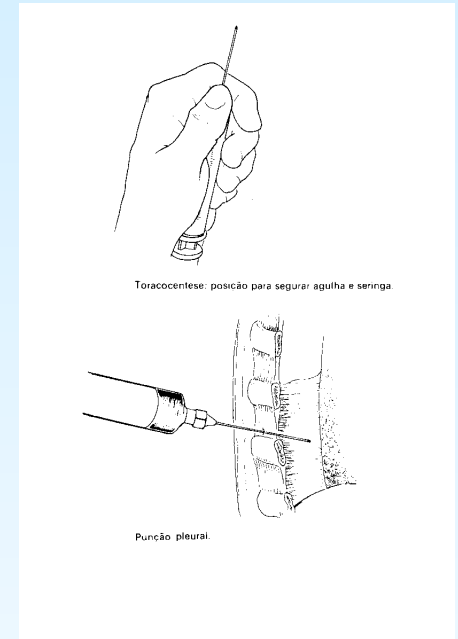
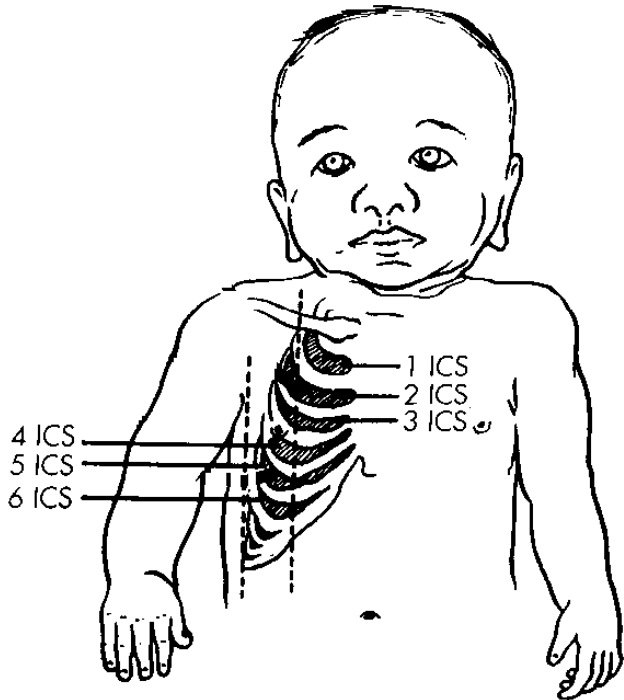


TÓRAX

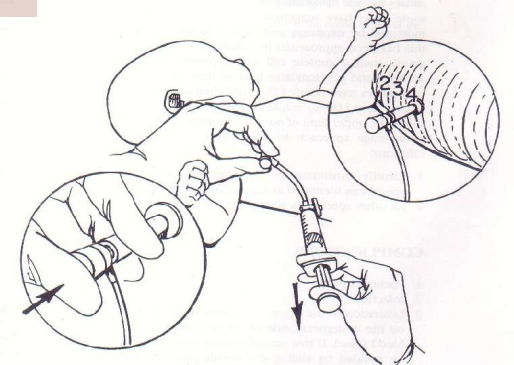


Toracocentese

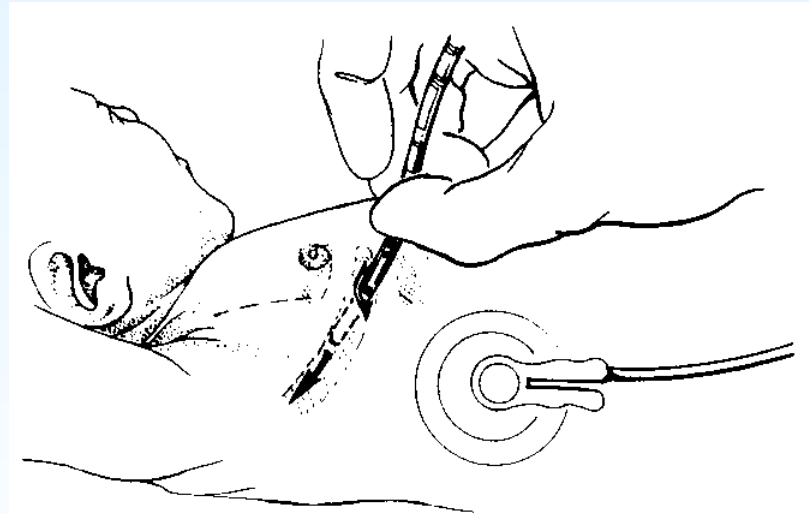
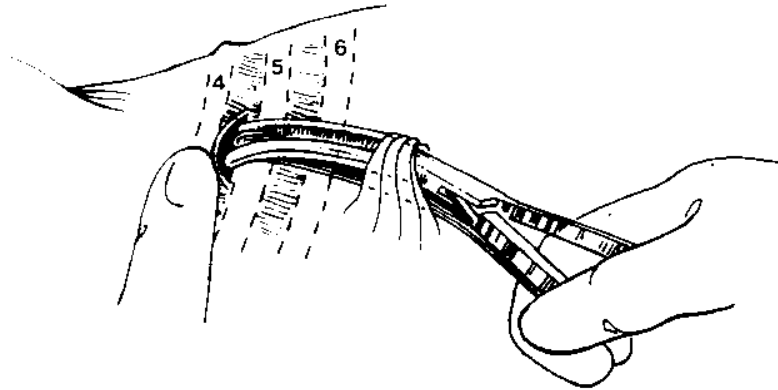
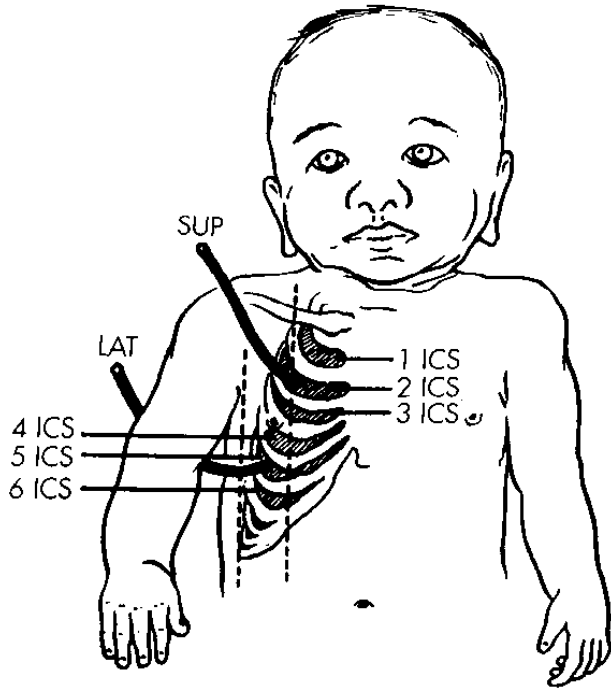
Técnica



- **Penetração em espaço pleural abaixo do tecido mamário, no 2º espaço intercostal em linha hemiclavicular ou 4º EIC LAM**



Drenagem Pleural



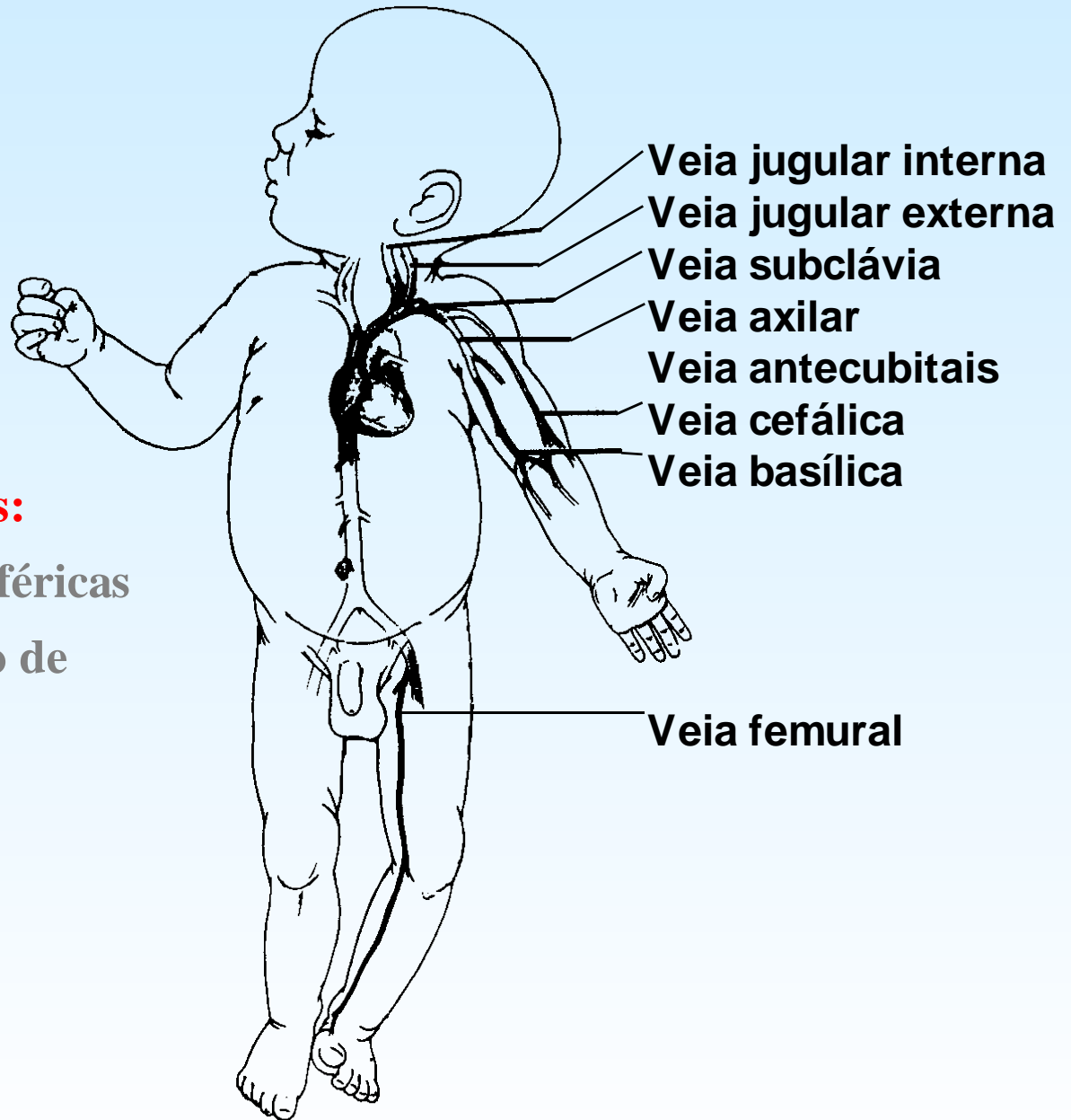
Localização dos pontos

- **Mamilo corresponde ao 4º espaço intercostal na linha axilar média**

Pré-termo 8-10 Fr e Termo 10-12 Fr

ACESSO VASCULAR

Cateterismo Venoso Percutâneo



Considerações anatômicas:

Localização das veias periféricas utilizadas para introdução de catéteres

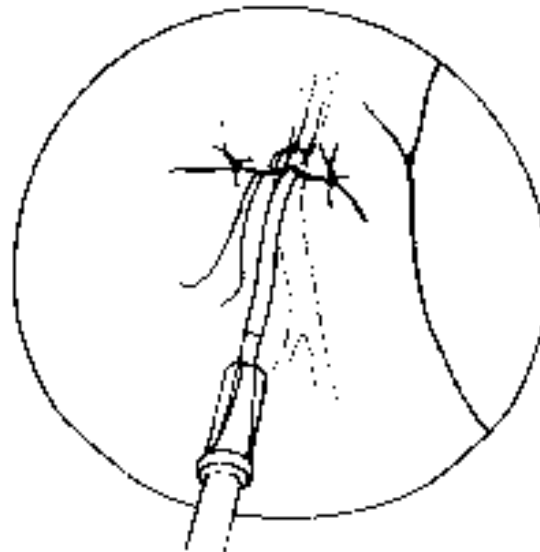
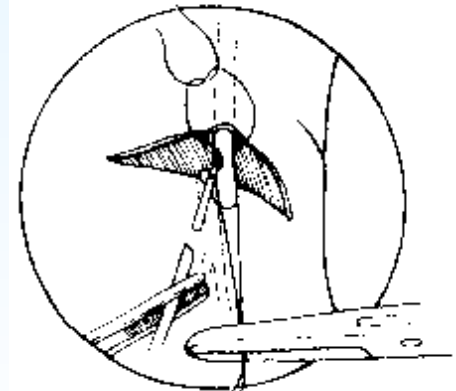
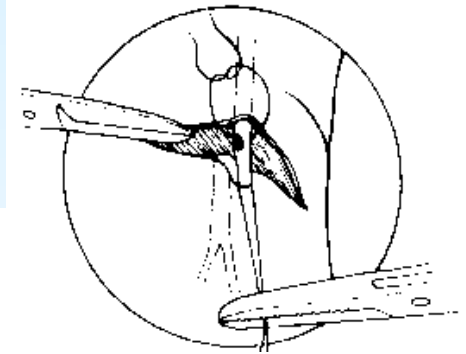
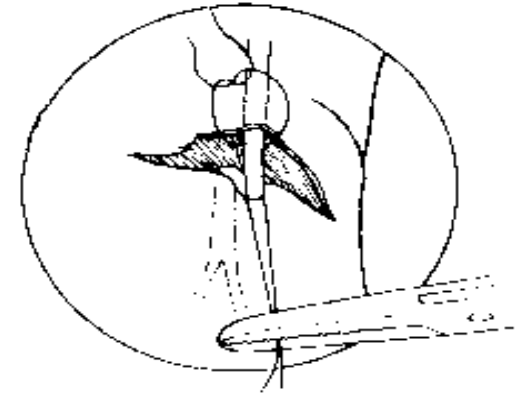
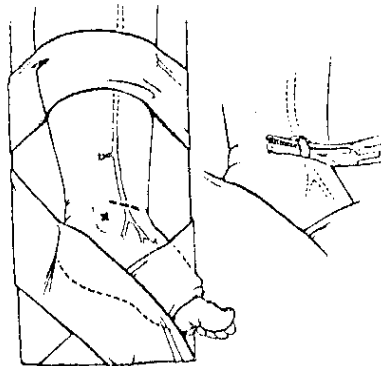
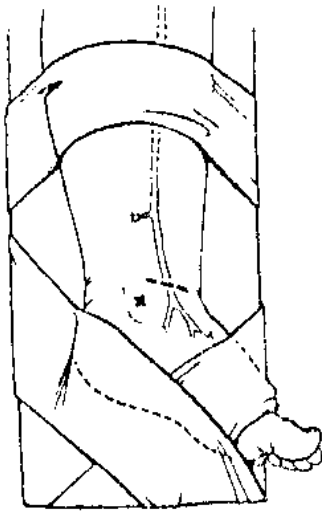
Vias de Acesso Periférico



Via Periférica : duas boas veias, que suportem um cateter de bom calibre são puncionadas em sítios periféricos, preferivelmente em extremidades superiores

Venostomia

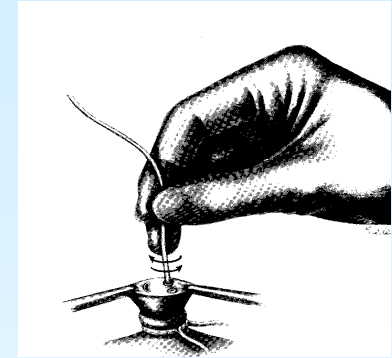
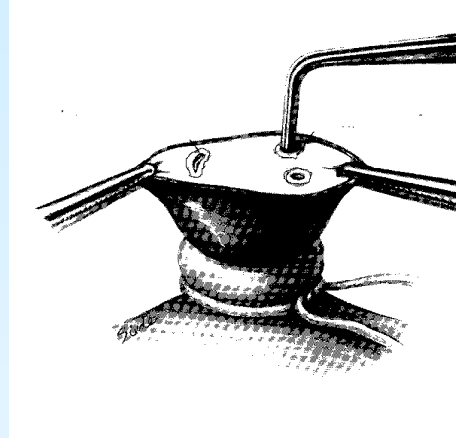
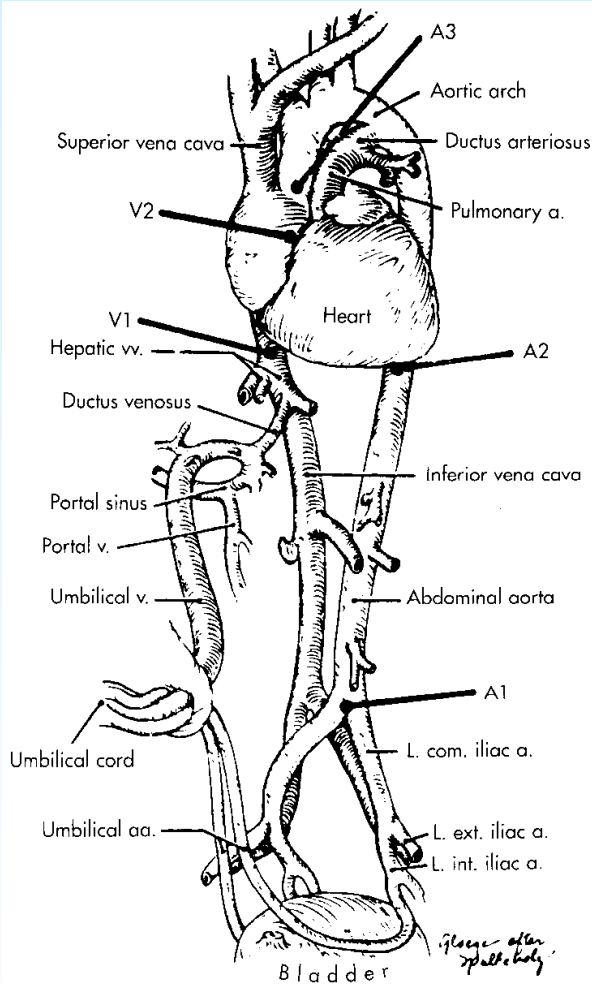
Localização



Safena

- Localizada anteriormente ao male medial, cruzando a face medial do terço distal da tíbia, ascendendo a o joelho.

Cateterização de Vasos Umbilicais



Distância
Inserção Cateter (cm)

Ombro
Linha Venosa
Umbigo (cm)
Umbilical

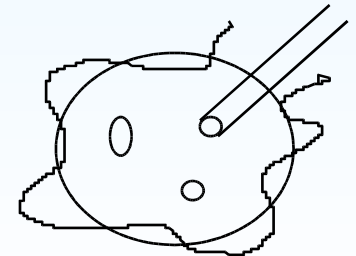
9	9.0
10	10.5
11	11.5
12	13.0
13	14.0
14	15.0
15	16.5
16	17.5
17	19.0
18	20.0

Distância

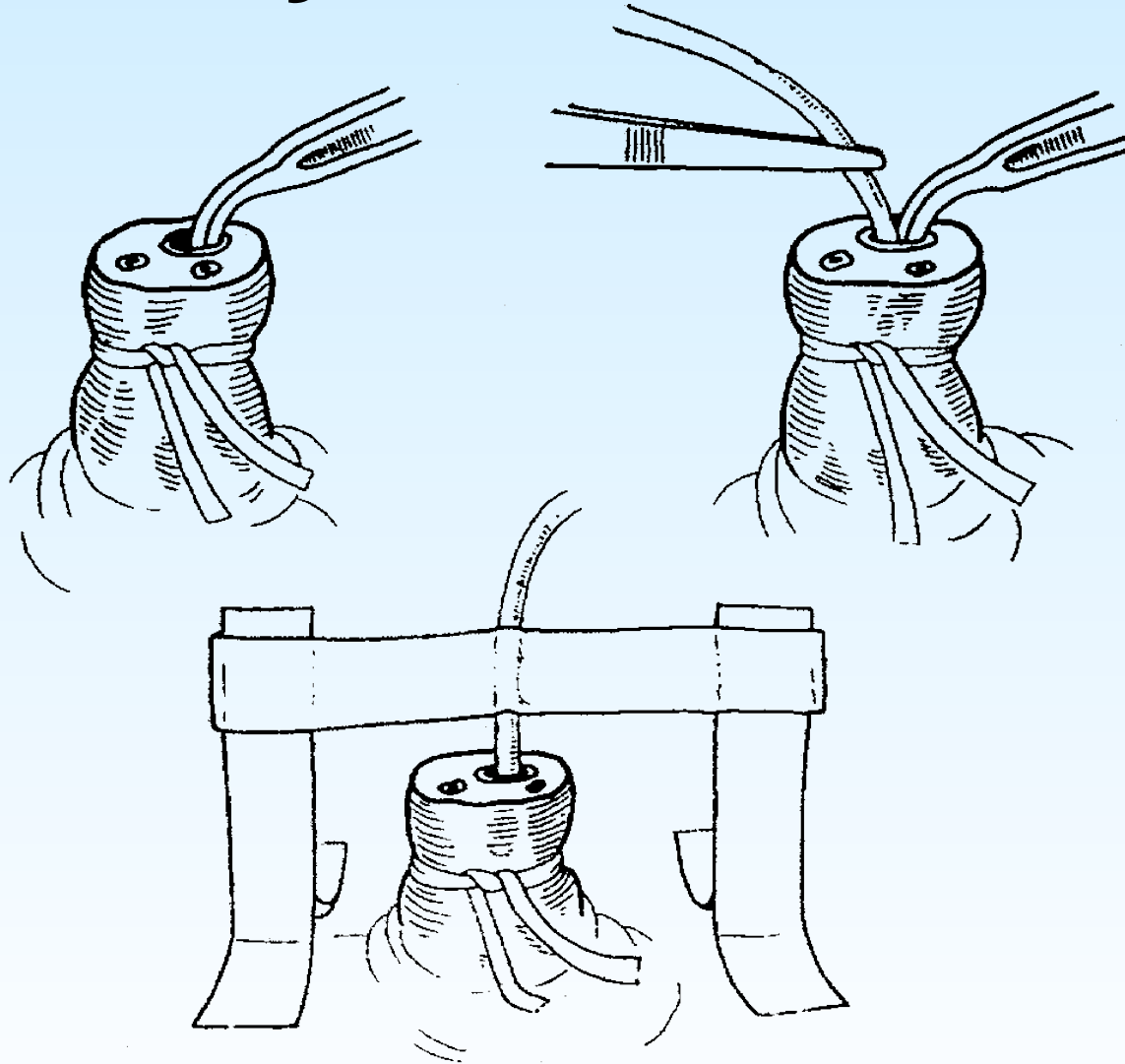
Posição Baixa
Artéria Umbilical

Posição Alta
Artéria Umbilical

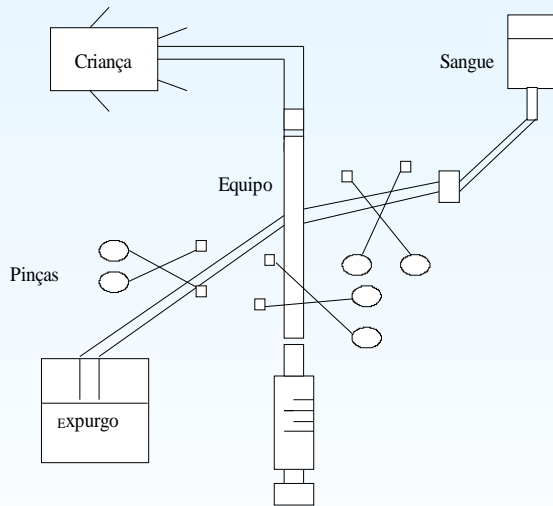
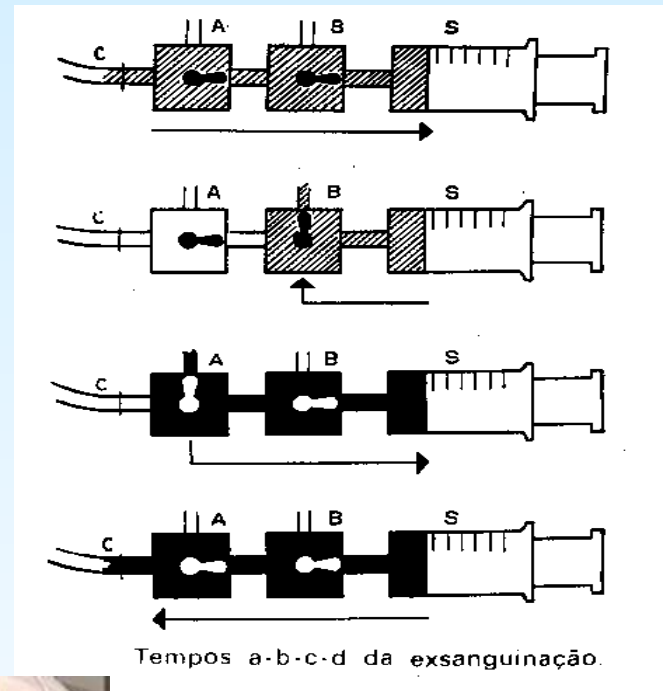
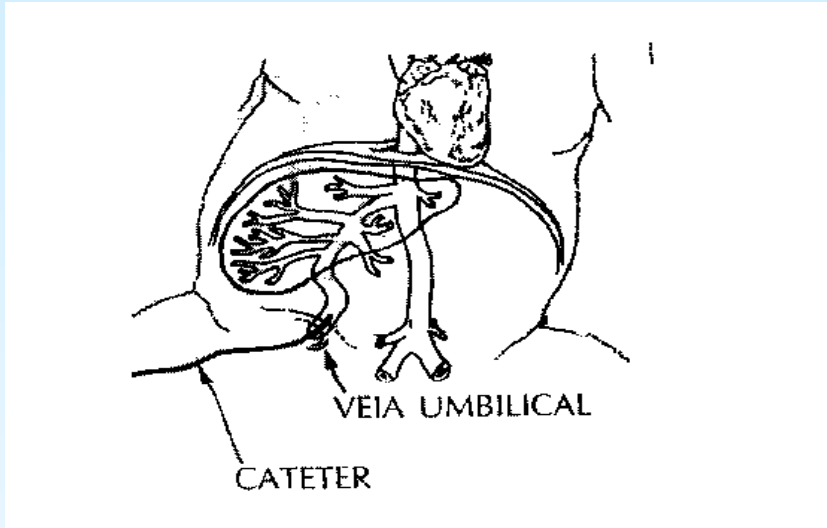
5.0
5.7
5.5
6.5
6.3
7.2
7.0
8.0
7.8
8.5
8.5
9.5
9.3
10.0
10.0
10.5
11.0
11.5
12.0
12.5



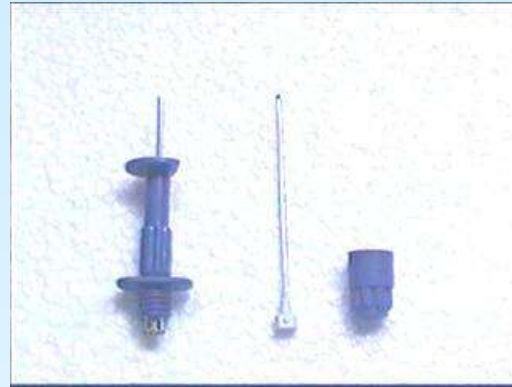
Cateterização de Vasos Umbilicais



EXSANGÜINEOTRANSFUSÃO



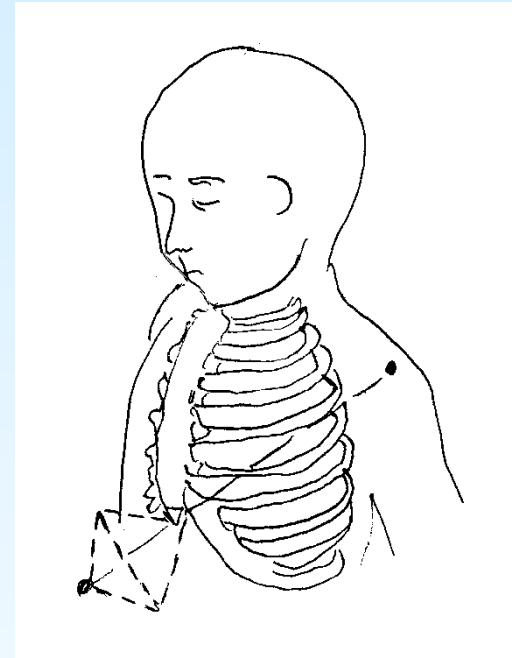
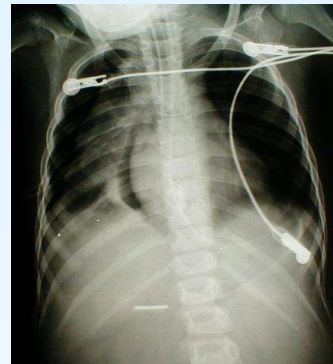
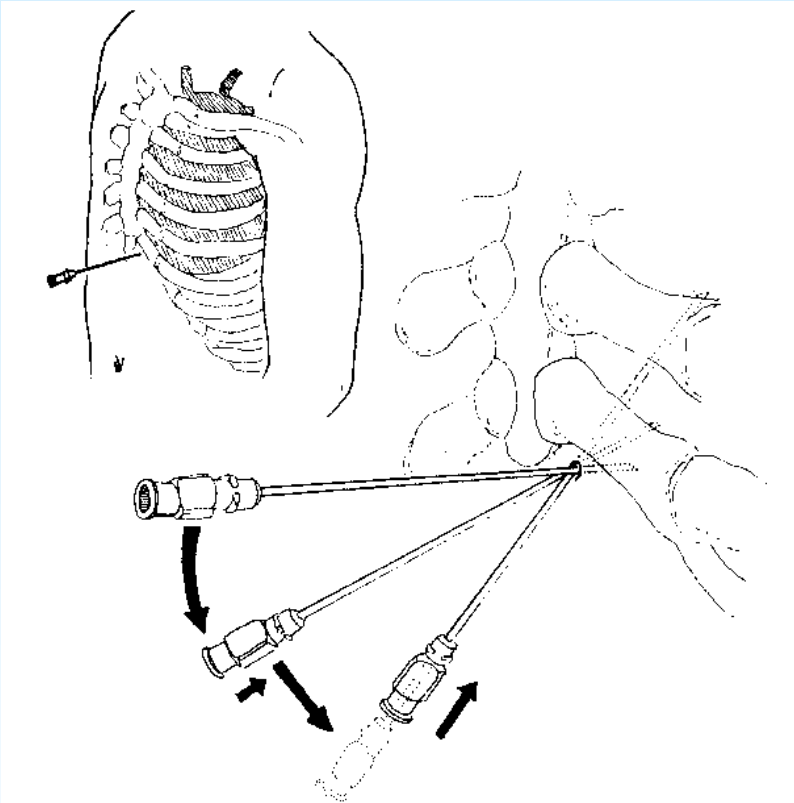
Infusão intra-óssea



CORAÇÃO

Pericardiocentese

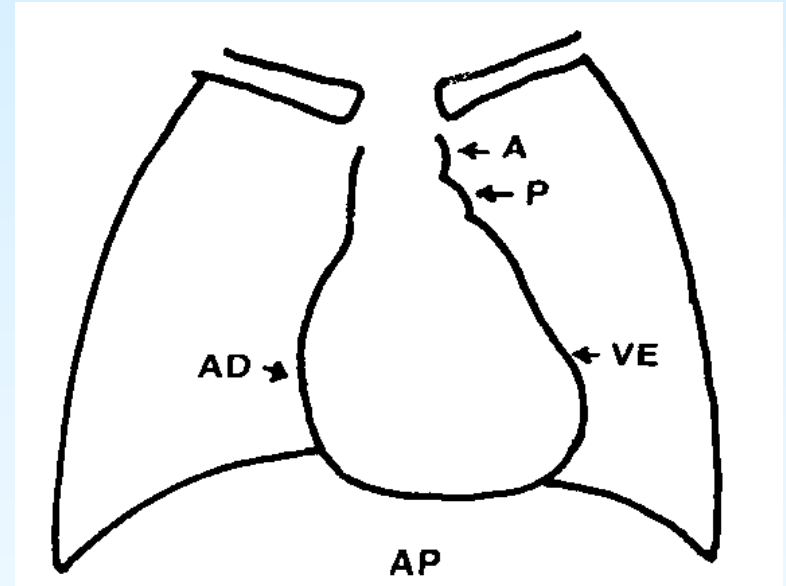
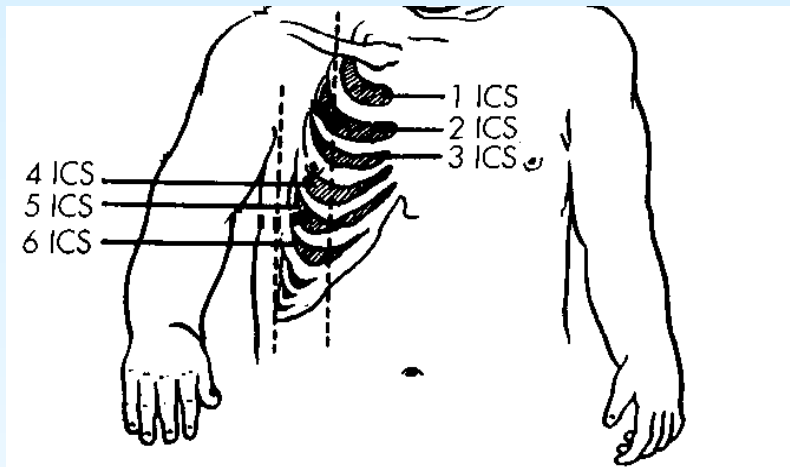
Técnica



- Após penetração a seringa e agulha devem adotar um posicionamento de 30 graus acima do plano do tronco para avançar.
- Sob delicada pressão negativa, procurar, com a ponta da agulha, a escápula ou o ombro esquerdo.

Punção Cardíaca

Técnica



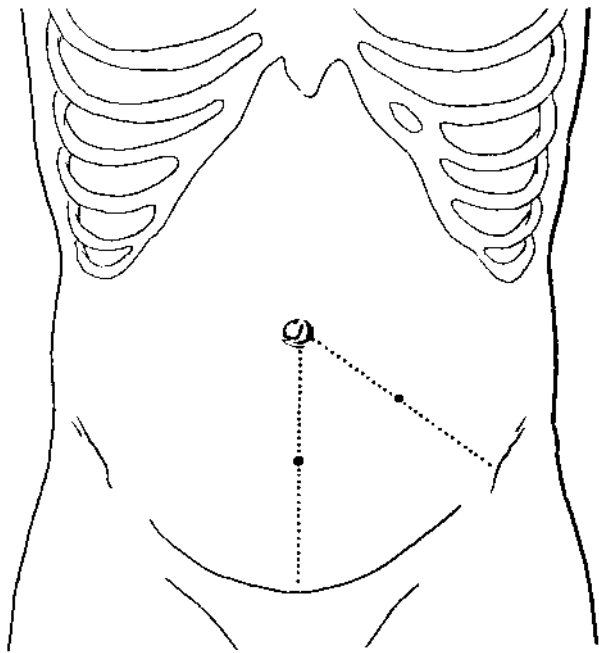
- Introduzir perpendicularmente uma agulha no quarto espaço intercostal esquerdo

- atingir uma profundidade de 3 a 4 cm, sempre rente ao rebordo costal (borda esternal)

ABDOMEN

Punção Abdominal

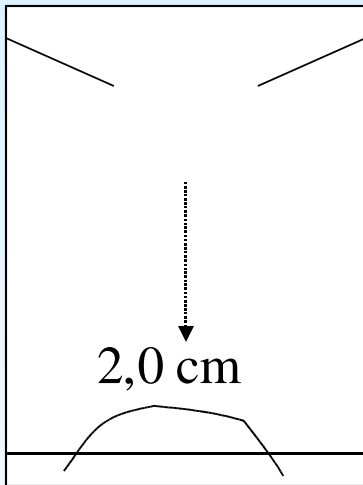
Técnica



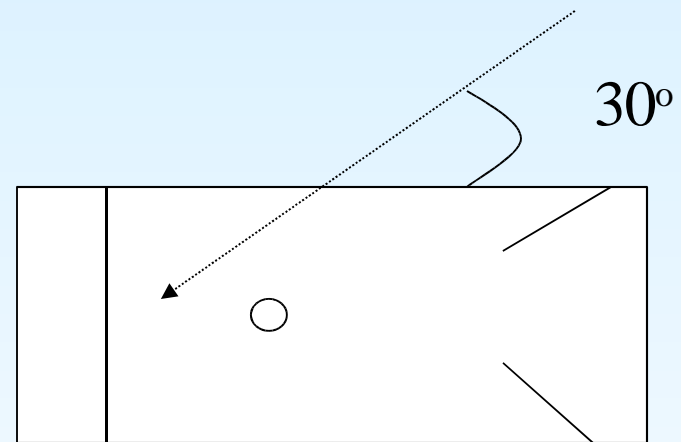
Pontos de reparo para a punção peritoneal.

- Duas posições são aceitas: na linha mediana, em um ponto central, equidistante da sínfise púbica e da cicatriz umbilical e um ponto lateral, na meia distância da linha que une a cicatriz umbilical à crista ilíaca.

Punção Vesical



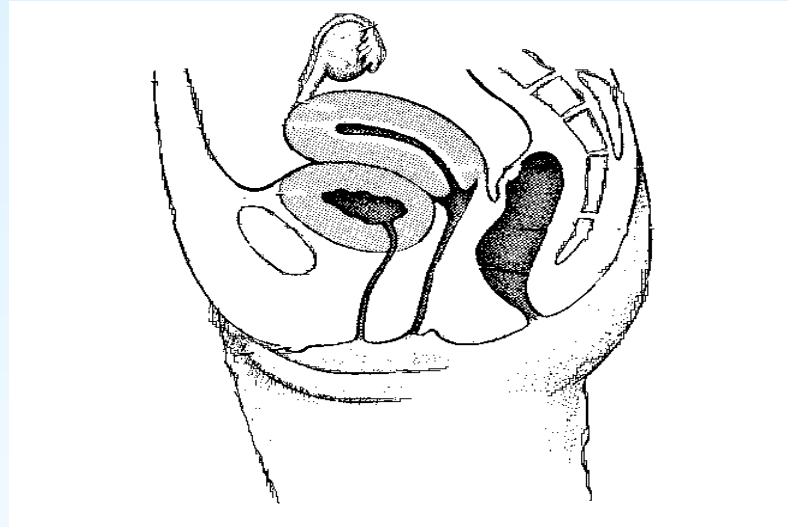
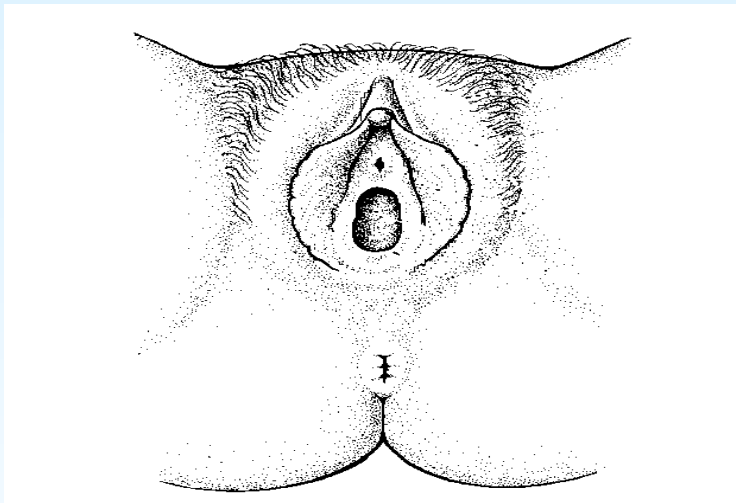
Penetrar perpendicularmente
acima da sínfise púbica



Adotar angulação de 30° após
penetração perpendicular

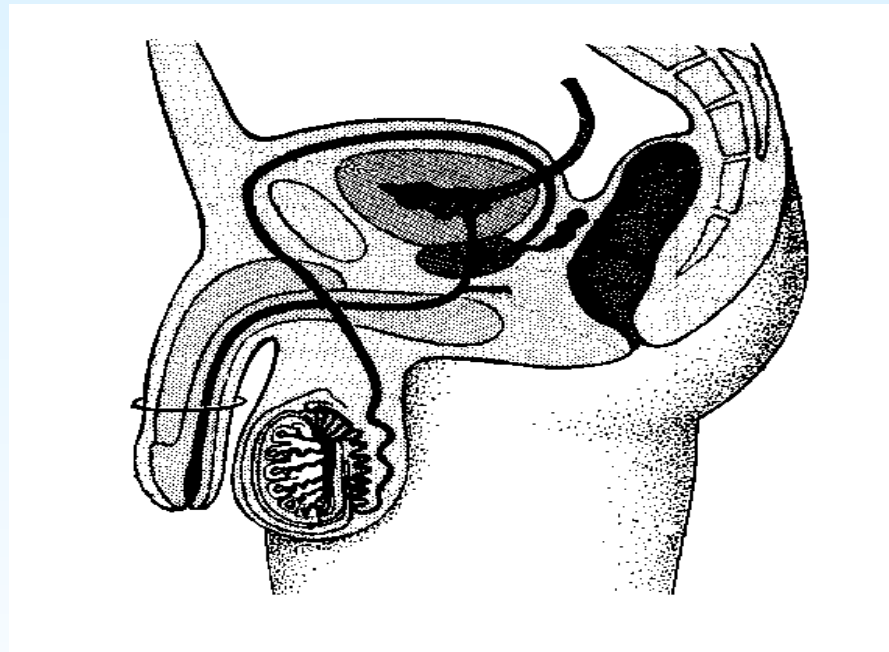
Sondagem Vesical

Uretra Feminina



Sondagem Vesical

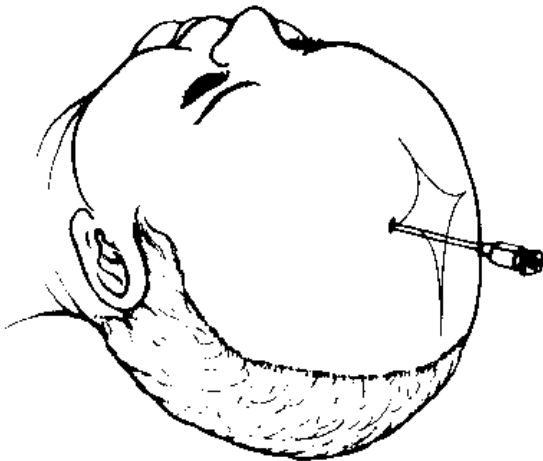
Uretra Masculina



SISTEMA NERVOOSO CENTRAL

Punção Ventricular

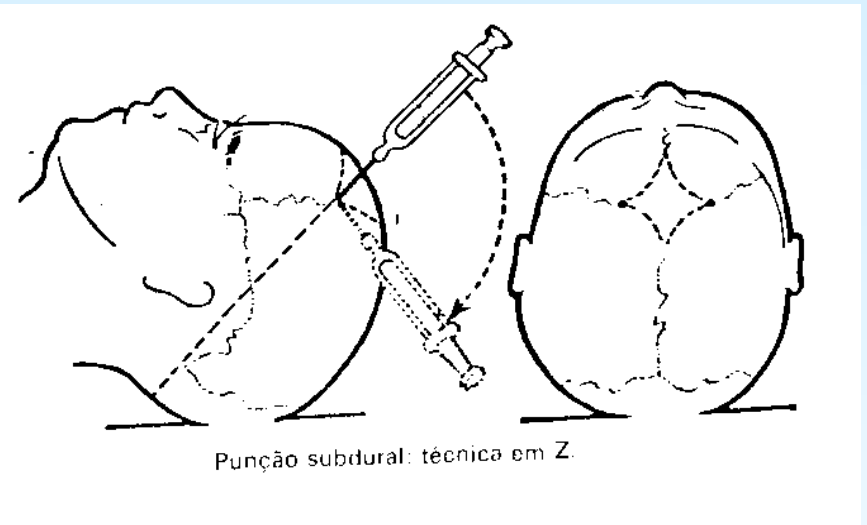
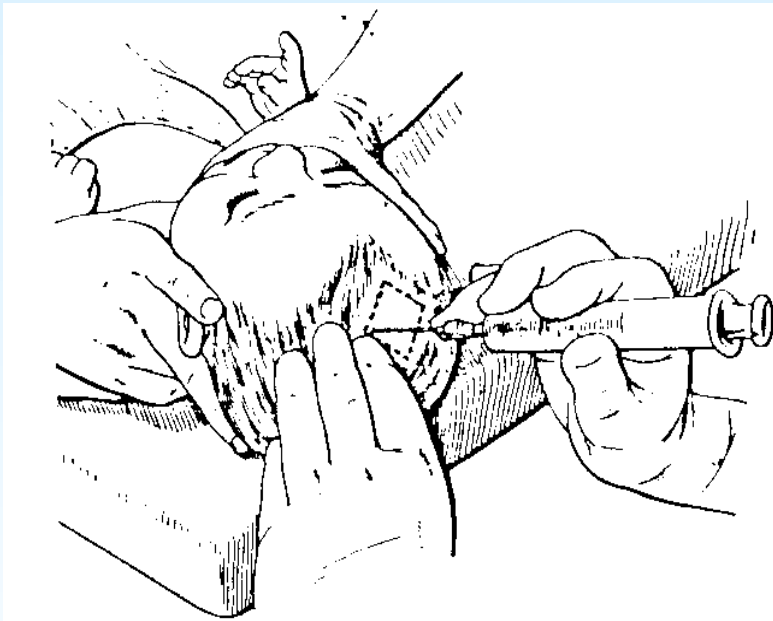
Técnica



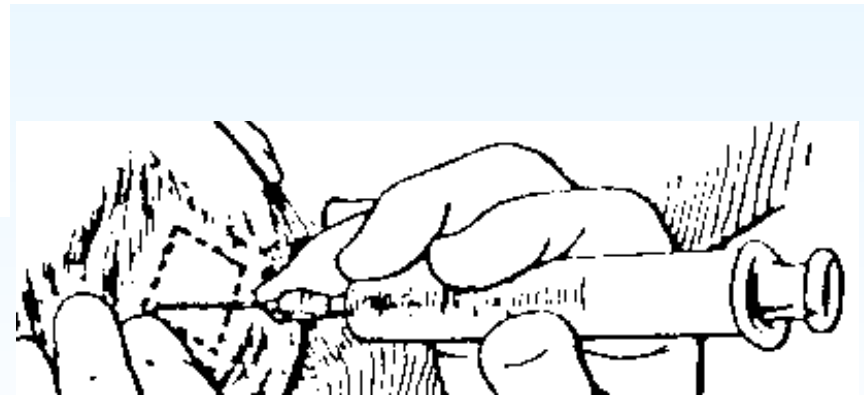
- A distância que a agulha deve percorrer o córtex depende da espessura dessa camada. Geralmente são necessários 4 ou 5 cm para introdução em cavidade ventricular. Quando essa profundidade é atingida, retira-se o mandril e verifica-se a drenagem do liquor. Caso não ocorra esse é recolocado na agulha e uma nova introdução, agora cuidadosamente, é feita, até que se atinja o ventrículo.

Punção Subdural

Técnica

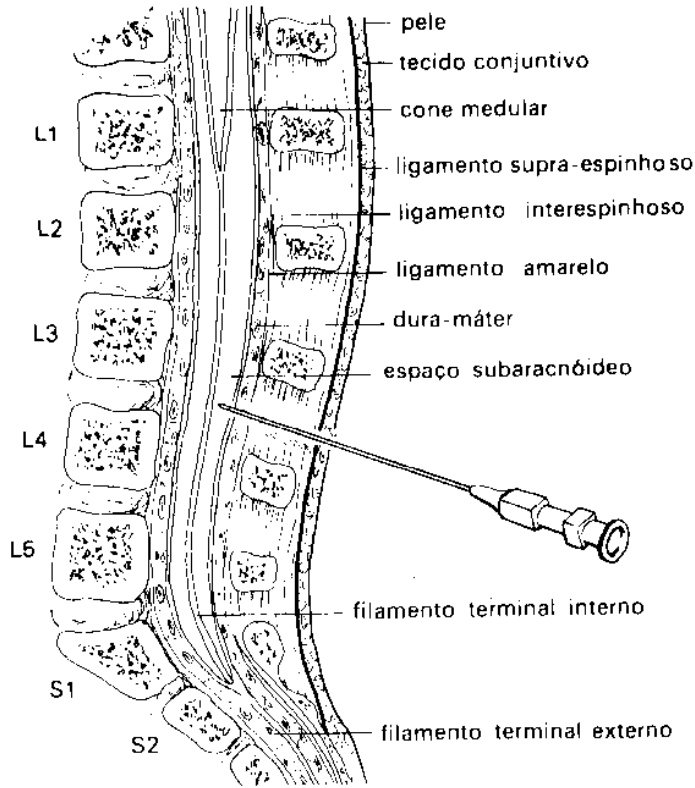
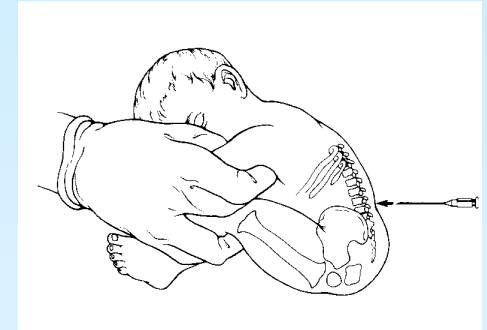


- O ponto escolhido é o ângulo lateral da fontanela anterior, a 1 – 2 cm na linha mediana.



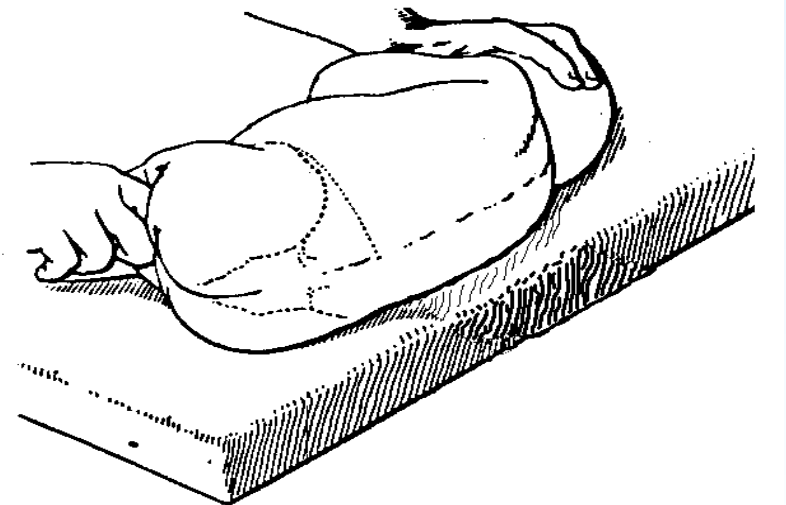
Punção Lombar

Ponto de Acesso



Punção lombar.

- No RN: a posição L4-L5 é considerada uma alternativa segura, quando não consegue se estabelecer-se a punção em L3-L4.



BIBLIOGRAFIA

- Walsh-Sukys & Krug. Procedures in Infants and Children. Saunders. 1997. 405p.
- Taeusch; Christiansen & Buescher. Pediatric and Neonatal tests and procedures. Saunders. 1996. 686p.
- Dutra, A. Medicina Neonatal. Revinter. 2005. 715p.
- www.intermedbr.com.br