

Verão de 2018 (Vol. 23, Nº 2)

The Airway Gazette

A publicação oficial da Society
for Airway Management

ÍNDICE — Veja a página:

2	Contatos SAM, informações de publicação
3	Diretores, Equipe Editorial, Administração
4	Editorial 5-6
	Novos Membros SAM
7-8	Mensagem de 2018 da Presidenta da SAM
9	Série WDSOACCD: Membro Especial do Conselho
SAM 10-12	Análise Espectrográfica Respiratória
14	Série WDSOACCD: Vice-Presidente da SAM
15-17	Carin Hagberg WDSOACCD e mensagem de despedida
18-21	SAM2018 Assembleia no Cruzeiro/Eventos Sociais
22	Casos desafiadores SAM2018 - Vencedores!
23-30	Agenda atualizada da assembleia SAM2018
32-33	Diretrizes para Publicação na New Airway Gazette
35-38 para[MD]	E-Luzes SAM — Cancão do Cisne?



Verão de 2018 (Vol. 23, Nº 2)

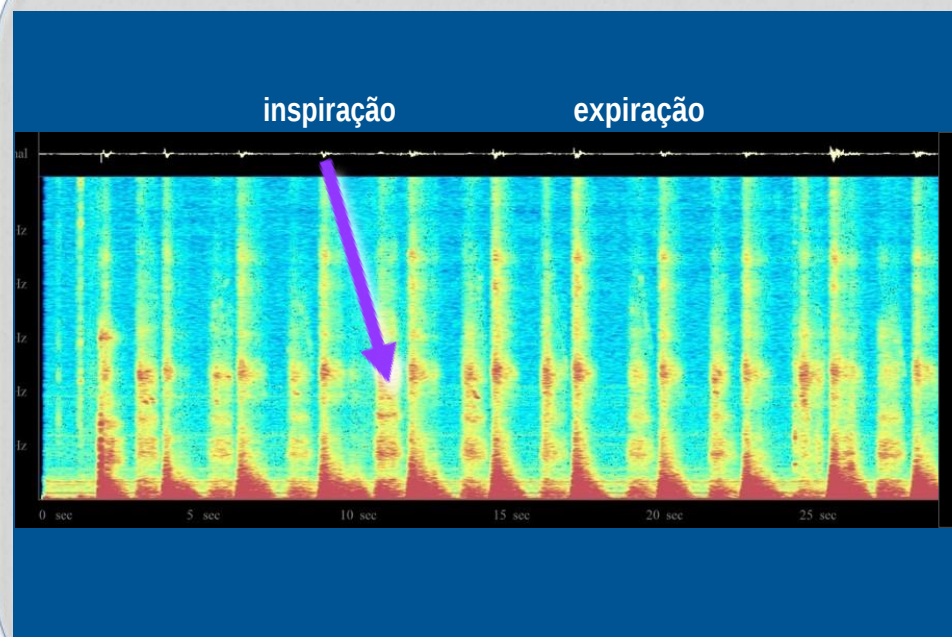
The Airway Gazette

A publicação oficial da
Society for Airway
Management

The Airway Gazette é publicado
trimestralmente todos os anos da
seguinte forma:

O material publicado no Airway Gazette é
propriedade da Society for Airway
Management e não pode ser reproduzido
sem o seu consentimento por escrito.

The Society for Airway Management



Contatos:

5753 Tanager St., Schererville, IN 46375
Telefone 773-834-3171

Website SAM: samhq.com

Twitter: [https://twitter.com/ @samhqglobal](https://twitter.com/@samhqglobal)

Facebook:
<https://www.facebook.com/SocietyforAirwayManagement/>



Editora-chefe

Katherine S.L. Gil, MD
k-gil@northwestern.edu

Editores Associados

Valerie Armstead,
MD vearmstead@gmail.com
m

Christopher Godlewski, MD
cgodlewski@uabmc.edu

Mauricio do Amaral Neto, MD
mauricio.amaral.neto@gmail.com

Editora de Layout

Kathryn Nicole Ludmer

Artigos para Publicação

Nós encorajamos fortemente os envios. O material enviado para publicação deve estar de acordo com as diretrizes publicadas (ver edições anteriores do Periódico no site da SAM). Por favor, envie manuscritos à Editora-Chefe até o 15º dia de março, junho, setembro ou dezembro (≈45 dias antes da publicação da edição). Os autores devem citar material obtido de outras fontes antes da publicação.

Diretora Administrativa:

Anne-Marie Prince
amprince@peds.bsd.uchicago.edu



Diretores da Society for Airway
Management e informações de contato

Conselho de Administração**Presidenta** Lorraine

Foley, MD
lfoley@comcast.net

Presidenta eleita

Lauren Berkow, MD
lberkow@anest.ufl.edu

Vice-Presidente Felipe

Urdaneta, MD
furdaneta1@mac.com

Secretário

Paul Baker, MD
paul@airwayskills.co.nz

Tesoureiro

Joseph Quinlan, MD
quinlanjj@anes.upmc.edu

Ex-Presidente Imediato

Ashutosh Wali, MD
awali@bcm.tmc.edu

Diretora executiva

Carin Hagberg, MD
Carin.A.Hagberg@uth.tmc.edu

**Membros Especiais do
Conselho**

John Sakles, MD
sakles@aemrc.arizona.edu

Michael Aziz, MD
michaelfaziz@gmail.com

Sim Jagannathan, MD
simjag2000@gmail.com

Kenneth Rothfield, MD
kprothfield@aol.com

Ellen O'Sullivan, MD
ellenosullivan2000@gmail.com

Michael Seltz Kristensen, MD
Michael.Seltz.Kristensen@regionh.dk

David Wong, MD
David.Wong@uhn.ca

Caros colegas,

Essa questão é notável em muitos aspectos. Dra. Lorraine Foley, cujo mandato presidencial começou em 2016, apresenta sua Mensagem final como presidenta. Parece que o tempo voou sob sua direção perfeita. A Dr. Foley sempre teve uma visão voltada para o futuro no que se refere ao desenvolvimento de programas e na ampliação da influência da SAM tanto em nível global como nacionalmente. Ficamos impressionados e agradecidos por sua manutenção que atingiu um nível de excelência que sempre buscou - como presidente da SAM.

O Dr. John Doyle, ex-presidente da SAM, ex-editor-chefe da Airway Gazette, e “maior especialista em vias aéreas” do momento, escreveu uma narrativa sobre uma metodologia inovadora para monitorar a ventilação com espectrogramas de áudio. Fiquei impressionada com seus quatro exemplos de espectrograma que são totalmente diferentes um do outro em forma de onda e densidade durante a inspiração versus padrões de expiração. Felizmente, o Dr. Doyle forneceu uma resposta à natureza não idêntica destes espectrogramas, ou seja, a variação de um sujeito/paciente para outro pode ser devida a gravações em diferentes extensões de frequência. Além disso, talvez seja devida a razões desconhecidas que podem ser adquiridas com mais experiência.

O Dr. Michael Aziz, da Oregon Health & Science University, em Portland, Oregon, é destaque na seção: “O que fazem os diretores e presidentes de comissões da SAM?” (WDSOACCD). Esta série envolve impressões em primeira pessoa oferecidas por vários detentores de cargos na SAM, com detalhes de suas origens, deveres, tempo envolvido e assim por diante.

Esta série WDSOACCD continua com dados informativos de dois líderes SAM. O Dr. Felipe Urdaneta lidera com suas experiências como Vice-Presidente da SAM e seu trabalho interminável dentro da organização objetivando a constante melhoria e inovação.

Posteriormente, a Dr. Carin Hagberg descreve as responsabilidades como Diretora Executiva da SAM. Ela também fala sobre seus múltiplos papéis dentro da SAM, bem como em outras organizações - uma discussão combinada que inclui uma mensagem de despedida de final de mandato

aos membros - sendo este o seu último ano. Sua história poderia ser pioneira para avanços notáveis em assuntos profissionais. A Dra. Hagberg é uma líder SAM altamente respeitada e capacitada e, como esperado, ela mais do que satisfaz as expectativas do nosso amado fundador da SAM, Dr. Andy Ovassapian.

Por favor, observe as informações dadas pelo Presidente da Assembleia SAM2018, Dr. Sim Jagannathan, começando com os detalhes do Evento Social no Cruzeiro, e seguido pelos vencedores dos Casos Desafiadores SAM2018. Eles incluem anomalias cranio-faciais pediátricas, malformação arteriovenosa facial, lesão traqueal, medicina de emergência e relatos de corpos estranhos subglóticos. Finalmente foram incluídas as alterações atualizadas da brochura final SAM2018 publicada recentemente.

As Diretrizes de Publicação SAM estão disponíveis na página 34 para todos os membros que gostariam de escrever para o Airway Gazette. Escrever amplia o currículo e frequentemente é um trampolim para o avanço profissional. É possível até começar escrevendo um resumo das diferentes palestras/discussões apresentadas na Assembleia SAM2018. Para autores experientes, é uma ótima ferramenta educacional para os colegas. Todos estão convidados a entrar em contato com a Editora-Chefe para obter informações e esclarecimentos a qualquer momento.

O site “para [MD]” para interações com membros deixou de existir — como resultado da decisão da empresa administradora. A SAM comprometeu-se a obter uma substituição segura. Por favor, veja o anúncio do novo Fórum SAM, seguido pelas últimas discussões do para [MD].

Participe da Assembleia SAM2018 - desfrute de conversas íntimas e interação com os melhores especialistas em manejo de vias aéreas do mundo de vários países. Será a experiência educacional e de conectividade mais agradável da sua vida.

Atenciosamente,
Editora-chefe
Katherine S.L.Gil, M4



A SOCIETY FOR AIRWAY MANAGEMENT DÁ BOAS VINDAS AOS NOVOS MEMBROS!

Dr. Sultan Almotairi (Arábia Saudita)

Dr. Kunal Gangopadhyay (Issaquah, WA)

Dr. Bruna Antenucci Munhoz (Brasil)

Dr. Annery Garcia-Marcinkiewicz (Filadélfia, PA)

Dr. Bernard Barban (Brasil)

Dr. David Jeremiah Garrison (Tucson, AZ)

Dr. Jesus Guillermo Becerra (México)

Dr. Douglas Groswald (Carmel, IN)

Dr. Luis Daniel Beltrán Beltrán (Peru)

Dr. David Kelley (Little Rock, AR)

Dr. Ben Cloyd (Ann Arbor, MI)

Dr. Ricardo Kenithi Nakamura (Brasil)

Dr. Lorena Faleiro Rodrigues (Brasil)

Dr. Roberto Larios (Fitchburg, MA)

Dr. Ursula Galway (Lakewood, OH)

Dr. R. Mario Leal Ferreira (Brasil)

A SOCIETY FOR AIRWAY MANAGEMENT DÁ BOAS VINDAS AOS NOVOS MEMBROS!

Dr. Parul Maheshwari (Edmond, OK)

Dr. Louis Relle III (Marrero, LA)

Dr. Ana Luisa Maia Do Nascimento (Brasil)

Dr. Felipe Augusto Ribeiro Valadares (Brasil)

Dr. Amer Majeed (Arábia Saudita)

Dr. Ashlie Stowers (Boerne, TX)

Dr. Kevin McCann (Canadá)

Dr. Thomas Terndrup (Franklin, TN)

Dr. Daniela Nunes Oliveira (Brasil)

Dr. Shan Theventhiran (Staten Island, NY)

Dr. Sabrina Prates De Noronha Romanczuk (Brasil)

Dr. Marco Vinicio Valenzuela Cifuentes (Brasil)

Dr. Shanthi Ramaiah (Arábia Saudita)

Dr. Claudio Villagra (Chile)

Dr. Zenon Rei De Brito Borges (Brasil)

Dr. Enrique Zorrilla (Brasil)

MENSAGEM DE 2018 DA PRESIDENTA DA SAM

Lorraine J. Foley, M.D.

Winchester Hospital
Boston, MA



Caros colegas,

Estou esperando ansiosamente a 21ª Assembleia Anual e Workshop Científico da Society for Airway Management (SAM 2017) em Chicago, Illinois, de 13 a 16 de setembro de 2018. O tema deste ano é Educação, Tecnologia e o Futuro das Vias Aéreas. O link da brochura é: samhq.com/wp-content/uploads/2018/03/SAM-2018-Chicago-Program-3.28.18-1.pdf com todas as informações necessárias.

Nossas palestras, discussões de mesa redonda e sessões de pôsteres serão excelentes. O Dr. J. Adam Law (Halifax, Canadá) dará a Palestra Ovassapian (patrocinada por Jack Pacey, M.D.), intitulada: "5 Coisas que Precisam Mudar Agora Sobre as Práticas Atuais de Manejo de Vias Aéreas". Estamos de novo oferecendo um extenso workshop de 90 minutos que incluirá discussão e experiência prática no manejo de uma situação em que não se pode intubar ou oxigenar ("can't intubate, can't oxygenate", CICO). Este workshop foi aprovado pelo Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA) como uma atividade de resposta a emergências (código de reconhecimento ER-15-CICO-013).

A SAM continua a crescer como uma sociedade global com onze Divisões internacionais. Graças a seus excelentes trabalhos enviados, escolhemos três, originários da China, Canadá e Espanha, como apresentações de palestras na seção da Sucursal do programa. Também selecionamos os melhores resumos de casos desafiadores para apresentação e discussão na seção Caso Desafiador.

Gostaria de agradecer a todos os nossos patrocinadores da Assembleia. Até agora, são eles: Vyair Medical, Ambu, Teleflex Medical, Fisher & Paykel Healthcare, Karl Storz GmbH, Cook Medical, Masimo, Flexicare, Pulmonary, Masimo, Dr. John Pacey, Parker Medical, TruCorp, BVM Medical, SafecamMedical LLC, Salter Labs, NuZone Medical e Adroit Surgical. Sem eles, nosso encontro não seria possível.

Este ano, a Vyair, como patrocinadora Diamond, está organizando um simpósio de almoço na sexta-feira, 14 de setembro. O Dr. Steven Cataldo apresentará: Combate à hipoxemia perioperatória com pressão positiva nasal: Apresentando o SuperNO2VA™. Você pode fazer o pré-registro através do e-mail: blair.waite@vyair.com. Também será possível se inscrever no estande da Vyair na manhã do almoço.

Parabéns ao Dr. David Cattano, beneficiário da Bolsa de Pesquisa SAM 2013, por sua publicação: Corso RM, Lee S, Wojtczak J, Cattano D. Dispositivos de vias aéreas extraglottica e avaliação das vias aéreas por ultrassonografia: Estamos na trilha certa? *Minerva Anestesiologica* 2017;83(10):1110-1. DOI: 10.23736/S0375-9393.17.12025-0.

A World Airway Management Meeting (WAMM 2019) será realizada em Amsterdã, Holanda, de 15 a 17 de novembro de 2019, em colaboração com a Difficult Airway Society (DAS), no Reino Unido, e a European Airway Management Society (EAMS). Por favor, reserve a data.

A Society for Airway Management (SAM) tem o prazer de continuar seu apoio ao Patient Safety Movement (PSM) e sua missão de alcançar zero mortes evitáveis em hospitais até 2020 (OX2020). Atualmente, temos um Comitê de Projetos Especiais trabalhando em colaboração com o PSM sobre o assunto: "Manejo de Vias Aéreas Fora da Sala de Cirurgia e Extubação Não Planejada".

Estaremos participando do Grupo de Trabalho de Segurança das Vias Aéreas do Actionable Patient Safety Solutions (APSS) do PSM.

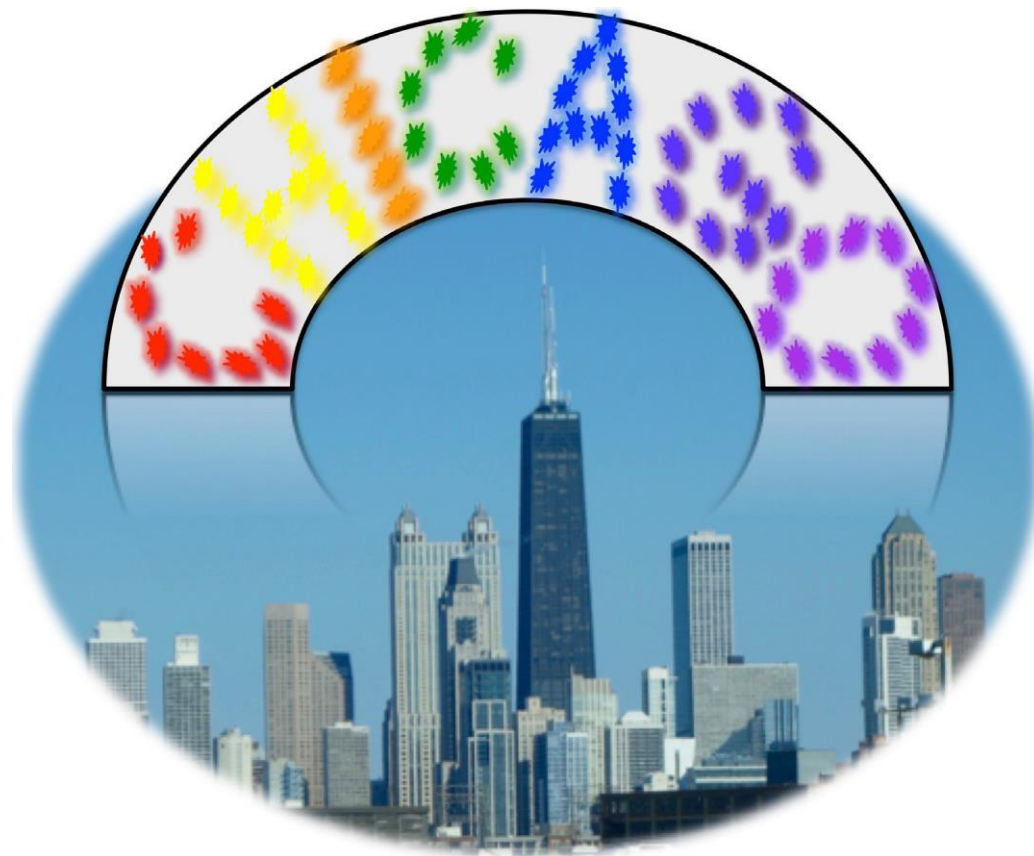
Visite seu website em

<http://patientsafetymovement.org/> para maiores informações.

Por fim, esta é minha última mensagem como Presidenta, pois meu mandato termina em setembro. A Presidenta eleita, Dra. Lauren Berkow ficará em meu lugar. Foram dois anos muito bons e sinto que muita coisa foi realizada. Eu gostaria de agradecer a todos pelo apoio e empenho. Estou ansiosa para encontrar todos em setembro na nossa assembleia anual em Chicago, Illinois.

Lorraine J. Foley, M.D., M.B.A.

Presidente, Society for Airway Management



A SAM sempre incentiva a participação de residentes/estagiários...

- Envie seus comentários sobre artigos já publicados relacionados a vias aéreas.
- Candidate-se a prêmios de viagem e torne-se um membro da SAM!
- Envie resumos ou pôsteres para a assembleia nacional.

Precisamos de dirigentes de Seção na Airway Gazette:

Se algum membro da SAM quiser recrutar autores, incluindo residentes e/ou revisar e preparar E-Lights para o Gazette, entre em contato com a Editora-chefe.



Membro Especial do Conselho SAM

Michael Aziz, M.D.
Oregon Health & Science
University Portland, Oregon

Eu sou um investigador engajado de técnicas de vias aéreas. Meu foco é em videolaringoscopia, portanto, conduzi grandes estudos observacionais e ensaios randomizados para determinar seu benefício na sala de cirurgia. Minha experiência com as vias aéreas faz de mim um recurso natural para a anestesia de cabeça e pescoço. Também sou subespecialista em anestesia regional.

Fui convidado a apresentar uma palestra em uma assembleia anual da Society for Airway Management, depois que um líder SAM leu um de meus trabalhos. Tornei-me Membro Especial do Conselho de Administração da SAM, depois que a Dr. Carin Hagberg (Diretora Executiva da SAM), me perguntou se eu estaria disposto a servir mais à Sociedade. Nós já tínhamos estabelecido contato enquanto colaborávamos em uma pesquisa em conjunto.

Os Membros Especiais do Conselho são convidados a participar de várias atividades da assembleia anual da SAM, como workshops, apresentações e/ou sessões moderadas; nas assembleias do Conselho de Administração durante a assembleia anual da SAM e na assembleia anual da American Society of Anesthesiologists; e durante as teleconferências em intervalos diferentes ao longo do ano. A participação em um comitê da SAM também é esperada. Atualmente sou co-presidente do Comitê de Pesquisa.

O comprometimento no que se refere ao tempo para os membros do conselho da SAM é variável. Torna-se bastante ativo durante as assembleias da SAM, em particular, consumindo muitas horas todos os dias, enquanto que nos outros meses, apenas algumas horas são necessárias.

O papel de Membro Especial do Conselho tem sido interessante. Eu, pessoalmente, tento trazer uma voz da ciência para as discussões em andamento sobre os objetivos da SAM e os planos futuros. O Conselho realmente toma decisões sobre a direção da Sociedade, e é uma honra trazer essa voz.

Acredito que o número de membros especiais do conselho para a sociedade seja correto. Com sete membros, podemos representar as muitas disciplinas de manejo de vias aéreas, bem como regiões ao redor do mundo, com as quais estamos engajados.

Errata: Na edição anterior, este artigo tinha uma associação institucional incorreta atribuída ao Dr. Michael Aziz. Lamento que isso tenha ocorrido devido ao efeito de “sobrescrever” — uma ferramenta útil usada pelos editores, mas que pode produzir alguns erros. Por esse motivo, este artigo é republicado na íntegra.9

Quando os segundos são importantes, qual é o seu plano?



New
Novo site



cookairway.com

At **cookairway.com**, you can:

- Discover a comprehensive line of airway products.

Na **cookairway.com**, você pode:

- Descobrir uma linha abrangente de produtos para vias aéreas.
- Solicitar uma demonstração do produto.
- Entrar em contato com um representante de vendas da Cook Medical que poderá ajudá-lo com suas necessidades de vias aéreas.





Análise Espectrográfica Colorida de Sons Respiratórios: Uma Tecnologia Emergente para Monitoramento Respiratório

D. John Doyle M.D., Ph.D.

Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve Anestesiologista
Consultor Universitário Cleveland Clinic Abu Dhabi, UAE

Introdução:

A necessidade de meios simples, porém confiáveis, de monitoramento respiratório existe desde a época de Hipócrates. Essa necessidade tornou-se especialmente forte nos últimos anos com o aumento do uso de opioides no tratamento da dor no período perioperatório. Apesar dessa necessidade, nenhum método simples e altamente confiável de monitoramento respiratório contínuo entrou em uso clínico rotineiro, embora a capnografia se aproxime (Tabela 1).

Tabela 1. Vários métodos de monitorização respiratória para pacientes não intubados.

- Observação direta dos movimentos torácico e abdominal
- Capnografia nasal/oral
- Métodos de termistor nasal/oral (o termistor aquece com gases expirados)
- Uso de cintos de monitoramento respiratório (tórax mais abdominal; vários subtipos)
- Extração de informação respiratória do sinal de fotopletismografia
- Métodos de impedância elétrica (usa uma pequena corrente elétrica injetada)
- Métodos acústicos (por exemplo, espectrogramas coloridos exibem sons respiratórios)

Destes, a capnografia está entre os mais populares, mas sofre da necessidade de assegurar continuamente que o sistema de amostragem de gás esteja operando corretamente. A extração da informação respiratória do sinal de fotopletismografia do oxímetro de pulso continua a ser um campo de pesquisa ativa¹, mas ainda não entrou na corrente principal. Um dispositivo conhecido como ExSpirom 1Xi Monitor Pack (Respiratory Motion Inc., Waltham, MA) opera detectando alterações de impedância elétrica no tórax e nos músculos respiratórios e parece ser bastante promissor, ^{2,3} mas não é simples nem barato .

Uma tecnologia possível para o monitoramento respiratório que interessou o autor por algum tempo é o uso da análise espectrográfica colorida dos sons respiratórios. Motivado pelo sucesso das técnicas de espectrografia de cores no monitoramento diagnóstico

de máquinas rotativas,⁴ e na análise de cantos de pássaros,⁵ o autor começou a construir seu próprio sistema para a análise espectrográfica colorida de sons respiratórios.

Técnica:

Várias ideias para gravar sons respiratórios foram exploradas. O **primeiro projeto** consistiu em adicionar um microfone especial a uma Laryngeal Mask Airway (LMA, Teleflex, Wayne, PA) usando um conjunto de microfone sem vazamentos personalizado baseado em um microfone elétrico miniatura (RadioShack 30-3013, RadioShack). Este microfone foi embutido com cola epóxi usada para prendê-lo no cano de uma seringa de plástico encurtada de 3mL com uma ponta Luer lock. Um amplificador de áudio monoaural de alto ganho (RadioShack Mini Audio Amplifier/Speaker 277-1008) foi então usado para amplificar o sinal de microfone para uso com um fone de ouvido ou para análise de computador.⁶ Uma amostra de gravação de áudio pode ser ouvida mais facilmente usando um navegador Chrome em <http://lmamonitor.homestead.com>. A Figura 1 mostra a exibição do espectrograma colorido

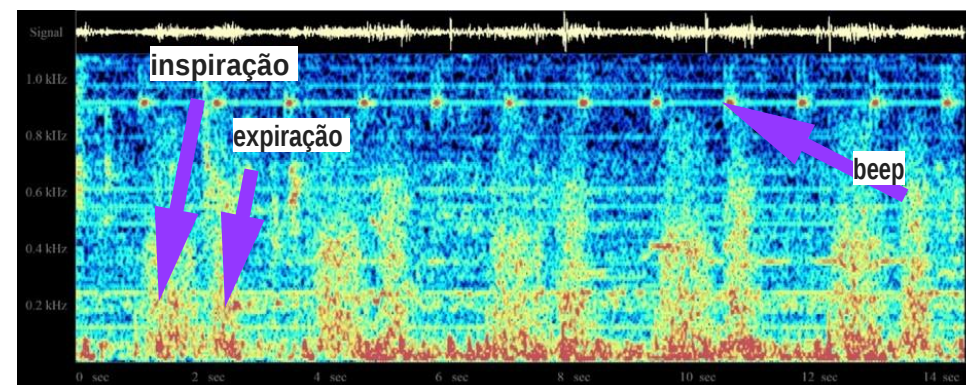


Fig. 1. Exibição do espectrograma colorido da amostra de sons respiratórios gravados a partir de uma Laryngeal Mask Airway¹⁰

dessa gravação obtida usando o programa de espectrograma do Windows conhecido como spectrogram16.exe. O intervalo de frequências exibido aqui é de 0 Hz a pouco mais de 1000 Hz, com os componentes de sinal de maior frequência na parte superior e o de menor frequência na parte inferior. As áreas vermelhas indicam níveis de sinal mais fortes, áreas azuis os níveis mais fracos não nulos: PRETO <AZUL <VERDE <AMARELO <VERMELHO. Observe que tanto a inspiração quanto a expiração são claramente visíveis, bem como o bipe repetitivo do oxímetro de pulso em torno de 915 Hz.

O **segundo projeto** buscou inserir um microfone em uma máscara de oxigênio para registrar os sons respiratórios (Figura 2).

Como anteriormente, o sinal amplificado foi alimentado no espectrograma colorido do programa spectrogram16.exe para produzir uma exibição como mostrado na Figura 3. Mais uma vez, note que tanto inspiração quanto a



Fig. 2. Um microfone de eletreto miniatura

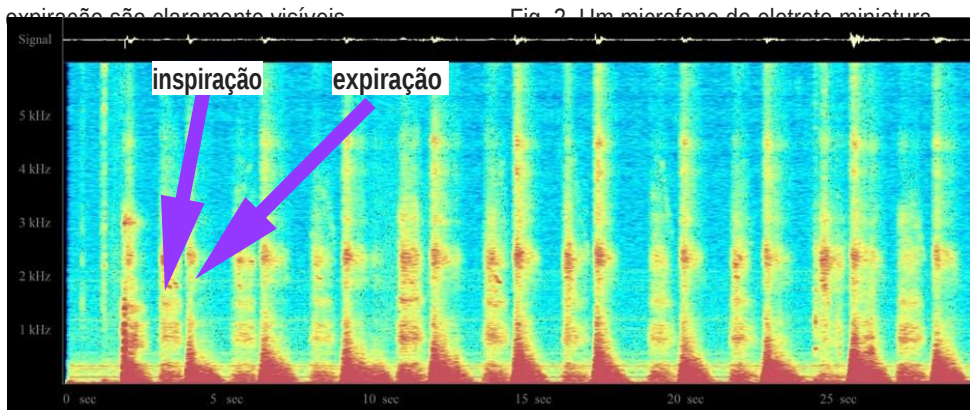


Fig. 3. Resultado de sinais amplificados alimentados em um programa de espectrograma colorido

O intervalo de frequências exibido nesta figura é de 0 Hz a 6000 Hz, com os componentes de sinal de maior frequência na parte superior e o de menor frequência na parte inferior. As áreas vermelhas indicam níveis de sinal mais fortes, áreas azuis os níveis mais fracos não nulos: PRETO <AZUL <VERDE <AMARELO <VERMELHO. Observe que tanto a inspiração quanto a expiração são claramente visíveis. Este projeto foi um vencedor do primeiro lugar na Society for

Tecnologia em Anestesia 2010 Concurso de Design de Engenharia, premiado por um novo monitor respiratório baseado em bioacústica.

O **terceiro projeto** procurou gravar sons respiratórios do canal auditivo. Neste caso, um microfone de eletreto miniatura (um tipo baseado em capacitor eletrostático) foi modificado com a adição de um adaptador para permitir que ele fosse colocado confortavelmente no canal auditivo externo. O sinal amplificado foi novamente conectado a um programa de espectrometria colorida em tempo real. As Figuras 4A e 4B mostram o conjunto modificado de microfone de eletreto e sua localização dentro do canal auditivo de um indivíduo de teste.

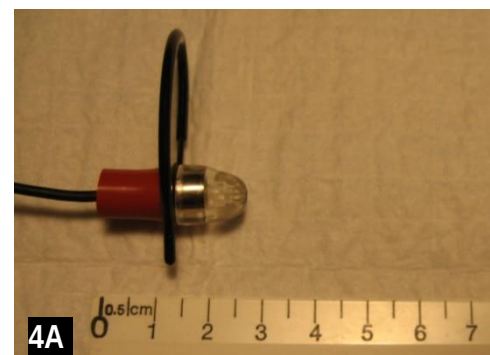


Fig. 4A. Montagem de microfone de eletreto modificado

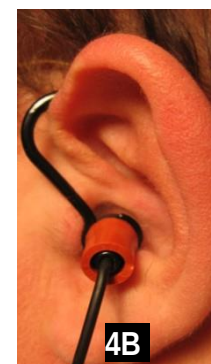


Fig. 4B. Inserção de montagem no canal auditivo externo

A Figura 5 mostra como esse microfone de eletreto modificado pode ser usado como um meio de obter monitoramento respiratório espectrográfico colorido.

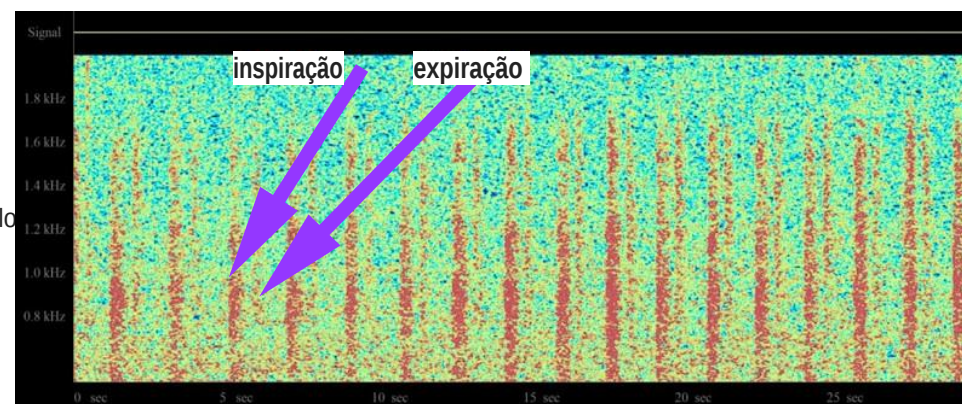


Fig. 5. Espectrograma Acústico Respiratório de Ventilação Contínua *

Embora o padrão na Figura 5 seja menos distintivo comparado ao mostrado na Figura 3, ele mostra os espectrogramas acústicos respiratórios obtidos sob duas condições diferentes. Esta imagem mostra um espectrograma colorido obtido por 30 segundos de respiração nasal; note que a inspiração é mais evidente do que a expiração. O intervalo de frequências exibido é de 500 Hz a 2000 Hz, com os componentes de sinal de maior frequência na parte superior e o de menor frequência na parte inferior. Áreas vermelhas indicam níveis de sinal mais fortes, áreas azuis os níveis mais fracos não nulos: PRETO <AZUL <VERDE <AMARELO <VERMELHO. A Figura 6 mostra um período de 30 segundos de respiração pela boca interrompida por um período de apneia deliberada (retenção da respiração). Observe que a inspiração é maior do que o habitual após o período de apneia. Nesta gravação, assim como na figura 5, o sujeito experimental foi o autor.

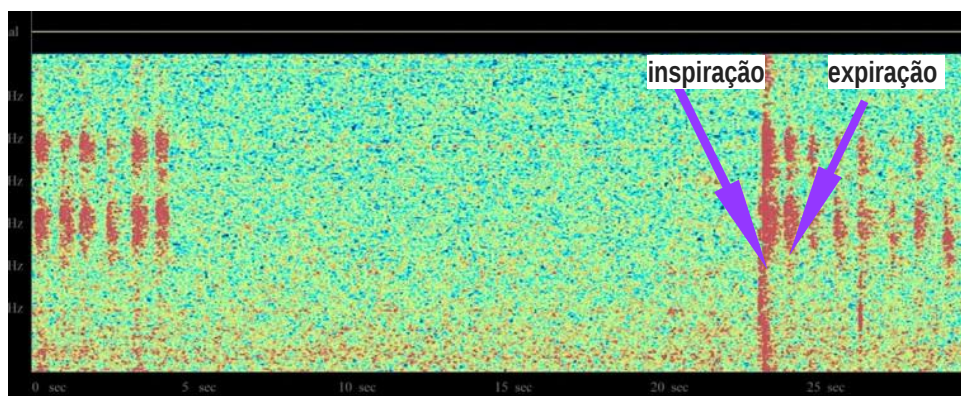


Fig. 6. Ventilação interrompida (ou seja, apneia), espectrograma acústico respiratório**

Discussão:

Um espectrograma colorido é um gráfico dos componentes de frequência de um sinal contra o tempo, com a intensidade do sinal codificada como uma cor. Nas imagens mostradas, as áreas vermelhas indicam os níveis de sinal mais fortes, enquanto as áreas azuis são os pontos de sinal mais fracos não nulos: PRETO <AZUL <VERDE <AMARELO <VERMELHO. Prevê-se que a exibição em tempo real dos padrões de respiração do espectrograma colorido localmente ou em uma estação central de monitoramento possa eventualmente se tornar um meio útil de monitoramento remoto da respiração em pacientes com risco aumentado de depressão respiratória. Além disso, prevê-se que os médicos serão capazes de interpretar os sons brutos obtidos e espectrogramas correspondentes para auxiliar na detecção de vários

estados normais e patológicos. Estes incluem respiração normal, taquipneia, fonação, obstrução parcial das vias aéreas, sibilos e vazamentos de ventilação com ventilação com pressão positiva.

Os médicos que gostariam de explorar as possibilidades oferecidas por essa tecnologia emergente provavelmente descobrirão que o método é notavelmente simples, sendo necessário apenas um conhecimento mínimo de métodos de gravação de áudio. Além disso, existem vários aplicativos para iPhone e Android que produzem espectrogramas coloridos, caso se queira evitar o uso de um PC como plataforma de computação. Por último, o autor disponibiliza cópias do spectrogram16.exe para uso em PCs com Windows sob solicitação (djdoyle@hotmail.com).

O autor não possui COI.

Referências:

1. Nilsson LM. Respiration signals from photoplethysmography. *Anesth Analg*. 2013;117(4):859-65. PubMed PMID: 23449854.
2. Voscopoulos CJ, MacNabb CM, Freeman J, Galvagno SM Jr, Ladd D, George E. Continuous noninvasive respiratory volume monitoring for the identification of patients at risk for opioid-induced respiratory depression and obstructive breathing patterns. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014;77(3 Suppl 2):S208-15. PubMed PMID: 25159358.
3. Holley K, MacNabb CM, Georgiadis P, Minasyan H, Shukla A, Mathews D. Monitoring minute ventilation versus respiratory rate to measure the adequacy of ventilation in patients undergoing upper endoscopic procedures. *J Clin Monit Comput*. 2016;30(1):33-9. PubMed PMID: 25735263.
4. Yu Zhang, Chris Bingham, Zhijing Yang, Bingo Wing-Kuen Ling, Michael Gallimore. Machine fault detection by signal denoising—with application to industrial gas turbines. *Measurement*, 2014; 58:230-240. <https://doi.org/10.1016/j.measurement.2014.08.020>.
5. Meliza CD, Keen SC, Rubenstein DR. Pitch- and spectral-based dynamic time warping methods for comparing field recordings of harmonic avian vocalizations. *J Acoust Soc Am*. 2013;134(2): 1407-15. DOI:10.1121/1.4812269. PubMed PMID: 23927136; PubMed Central PMCID: PMC 3745477.
6. Doyle DJ. The Laryngeal Mask Airway audio monitor. Obtaining breath sounds from the Laryngeal Mask Airway: a new device for patient monitoring. *Anesthesiology*. 2003;99(1):242. PubMed PMID: 12826876.

Figuras:

5 e 6— Apresentadas no 16º Congresso Mundial de Anestesiologistas (WCA) 2016 <https://f1000research.com/posters/5-2300>.

Agora você pode manter uma via aérea aberta para uma esofagogastroduodenoscopia (EGD) e um caminho claro para o escopo.

A manutenção de uma via aérea aberta não deve impedir o movimento do escopo. É por isso que a LMA® Gastro™ Airway da Teleflex possui um canal de endoscópio integrado - fornecendo acesso esofágico enquanto permite estabelecer uma via aérea para sua EGD e outros procedimentos endoscópicos.



Com a
tecnologia
**Cuff
Pilot™**

teleflex.com/lmagastro



Teleflex®

ATENÇÃO: A lei federal dos EUA restringe a venda deste dispositivo por ou sob ordem de um médico.

Teleflex, o logotipo da Teleflex, Cuff Pilot, LMA Gastro e LMA são marcas comerciais ou registradas da Teleflex Incorporated ou de suas afiliadas, nos EUA e/ou em outros países. As informações contidas neste material não substituem as Instruções de Uso do produto. Os produtos podem não estar disponíveis em todos os países. Entre em contato com seu representante local. Revisado: 07/2017.

© 2018 Teleflex Incorporated. Todos os direitos reservados. MC-003075

Nota da editora:

O que fazem os presidentes do comitê da SAM?

Esta é a série inicial de impressões em primeira pessoa voluntariamente concedidas por vários detentores de cargos da SAM, incluindo breves antecedentes, deveres e tempo envolvido

Vice-Presidente da SAM

Felipe Urdaneta, M.D.

**University of
Florida
Gainesville, FL**



Nasci na Colômbia, na América do Sul e após terminar a faculdade de medicina migrei para os Estados Unidos e estou aqui desde então. Fico feliz de poder navegar pela sopa de letrinhas dos vistos de imigração.

Eu me juntei à University of Florida (UF) como residente, e após concluir minha formação, completei um *Fellowship* (Especialização) em Anestesia Cardio-Torácica. Eu estive na UF desde então, exceto por um ano sabático em 2007, quando decidi me juntar a um grupo de prática particular em um pequeno hospital. Posteriormente, decidi que os acadêmicos eram o que eu mais gostava, e voltei ao meu antigo cargo na UF e no Gainesville, Florida Veterans Administration (VA) Hospital, onde faço todo o meu trabalho clínico. Minha prática é de 30% de anestesia cardio-torácica, 50% de nariz e garganta, e o restante é baseado em uma variedade de cuidados adulto-geriátricos, dentro e fora do centro cirúrgico. Sou responsável pela educação de vias aéreas relacionada à anestesia na UF e também responsável pelas atividades de manejo de vias aéreas fora do centro cirúrgico na Flórida Central Norte.

Durante o meu ano de prática privada “sabático” me tornei realmente interessado em manejo de vias aéreas... reformulando, eu recebi algumas ligações que me disseram que eu precisava melhorar na arte do manejo de vias aéreas e, melhor ainda, eu precisava ensinar os residentes sobre questões e cuidados avançados com as vias aéreas. Eu procurei no Google por organizações de vias aéreas e a Society for Airway Management (SAM) apareceu. Entrei e participei da minha primeira assembleia na SAM e fiquei impressionado com ela. Eu sabia que havia encontrado um grupo de indivíduos com ideias afins que compartilhavam experiências e interesses iguais ou semelhantes. Eu bati em muitas portas e me juntei ao Fórum SAM, que na época era apenas baseado em uma troca de e-mails entre membros, sobre várias ideias de vias aéreas. Eu comecei a ser corajoso expressando minhas opiniões e escrevi algumas cartas para a Airway Gazette e aqui estou hoje. Aprendi muito com cada membro da SAM que compartilha suas experiências no Fórum, participa das mídias sociais da SAM, ou escreve um artigo, capítulo ou reuniões de editorial. Eu tinha um interesse significativo em mídia eletrônica, incluindo mídia social; e também ouvindo as ótimas palestras que participei durante a SAM

e design do site. Um dia, decidi perguntar se a SAM estaria interessada em atualizar alguns de nossos métodos de comunicação, e a resposta positiva resultou no meu envolvimento desde então na maioria das atividades de mídia da SAM.

Ao longo dos anos, eu me apresentei como voluntário para diferentes atividades educacionais SAM, incluindo instrutor, mesa redonda e palestrante na Assembleia Anual e Workshops SAM. Escrevi artigos para a Gazette, fui membro/líder de uma comissão e tornei-me Co-presidente de uma Assembleia Anual SAM e, em seguida, Presidente da Assembleia SAM em Atlanta, Geórgia, em 2016.

Minhas funções como Vice-presidente não são exatas, mas sim fluidas: em primeiro lugar, meu papel é apoiar o Presidente e o Diretor Executivo com políticas e procedimentos e garantir que algo seja delegado à minha maneira de cumprir as metas e os objetivos. Muitas coisas acontecem em segundo plano: muitos “incêndios” são eliminados à medida que o ano avança. Eu me vejo como um membro da SAM que tem interesse em se envolver mais nas atividades do dia-a-dia. Também sou membro do Comitê da Assembleia Anual SAM e do Comitê de Mídia. Possuo um interesse especial na seção da Comissão da Sucursal e trabalhei em estreita colaboração com a seção “Membros Internacionais”; e como muitos podem ter descoberto, há uma seção recém projetada na homepage da SAM... com espaço para expandir.

Tive a honra de ter atuado como Vice-presidente nos últimos dois anos, posso resumir minha contribuição como parte de um elenco de apoio ao Comitê Executivo. Meu sucesso ou fracasso se deve apenas ao meu entusiasmo, tenacidade e comprometimento. Eu quero que todos, especialmente os novos membros, vejam minha história como um exemplo: todos que querem se envolver nessa organização podem e devem fazê-lo. Todo mundo tem talentos e opiniões e a SAM precisa de você. Tive uma tremenda sorte que muitos funcionários da SAM e ex-presidentes me deram uma chance - muitos deles me deram mais do que isso, para ser honesto - e acreditavam em mim. Sou eternamente grato e orgulhoso por ser um membro desse talentoso e diverso grupo de pessoas e organização global.



Society for Airway Management Diretora Executiva 2009-2018

Carin A. Hagberg, M.D.
University of Texas MD Anderson Cancer Center Houston, TX

Embora sendo originalmente de Massachusetts, eu me mudei para o Texas para cursar faculdade de medicina a um preço acessível, já que eu era financeiramente independente dos meus pais após me formar na University of Massachusetts.

Permaneci no Texas para o meu treinamento de residência na University of Texas South- western Medical School, em Dallas, onde me juntei à UT Health McGovern Medical School e lá permaneci por 24 anos. Durante minha carreira na UTHealth®, trabalhei como Diretora de Programa de Graduação em Educação, Diretora de Programa de Educação Residencial, Vice-Presidente e, finalmente, Presidenta do Departamento, cargo em que servi pelos últimos 9 anos do meu tempo na UTHealth®.

Atualmente, atuo como Professora Distinta Helen Shafer Fly e Chefe de Divisão da Divisão de Anestesiologia, Cuidados Críticos e Medicina da Dor na University of Texas MD Anderson Cancer Center, em Houston, cargo que ocupei desde outubro de 2016. Nessa função, tenho responsabilidade operacional, financeira e estratégica sobre esses três departamentos e desempenho funções que interagem com as principais áreas de missão da instituição: educação, pesquisa e atendimento clínico. Mais recentemente, em 01 de agosto de 2018, fui nomeada e assumirei o cargo de Diretora Acadêmica na University of Texas MD Anderson Cancer Center.

Estive envolvida em muitas organizações profissionais nos níveis local, regional, nacional e internacional. Sou membro ativo da Society for Airway Management (SAM) desde a sua criação e atualmente atuo como Ex-presidente e Diretora Executiva. Recebi o prêmio SAM Distinguished Service Award em 2012.

Além disso, atuei como Presidenta da Texas Gulf Coast Anesthesia Society e como membro fundador da Trauma Anesthesiology Society. No momento também

sou Presidente do Comitê sobre Trauma e Prontidão para Emergências da American Society of Anesthesiologists (ASA), cargo que ocupo desde 2013.

O foco de minha carreira tem sido a neuroanestesia e o manejo das vias aéreas difíceis, incluindo aspectos educacionais e de pesquisa clínica nessas áreas. Estive envolvida no desenvolvimento das Diretrizes Práticas da ASA sobre Manejo das Vias Aéreas Difíceis de várias maneiras desde o seu desenvolvimento em 1992 e publicação em 1993.

Até agora, na minha carreira, recebi mais de 50 bolsas de pesquisa e publiquei 96 artigos revisados por pares, 44 capítulos de livros e 23 editoriais, cartas convidadas ou cartas ao editor. Sou editora de muitos livros, incluindo 5 dos 7 livros que publiquei. Meu último livro, a 4ª edição do livro-texto internacional sobre Manejo de Vias Aéreas, Airway Management, de Hagberg e Benumof foi lançado em janeiro de 2018.

Já realizei numerosas cátedras de visitantes em todo o país e recebi inúmeros prêmios de ensino durante minha carreira. Em 2014, fui indicado pela University of Texas McGovern Medical School para receber o Prêmio Alpha Omega Alpha Honor Society e o Distinguished Alumni Award. Mais recentemente, recebi o Prêmio de Distinguished Research 2018 da International Airway Management Society. Além disso, trabalhei como conferencista de cursos de reciclagem na ASA por 10 anos e recentemente atuei como palestrante do PGA Rovenstine 2017. No total, dei 91 palestras internacionais em 31 países diferentes.

Como me interessei por esta Sociedade? - Eu experimentei uma via aérea difícil na minha última noite de plantão como residente de CA-3 (1988), na qual eu não conseguia intubar ou ventilar um paciente e uma via aérea cirúrgica era necessária. Felizmente, o cirurgião estava na

na sala e realizou uma cricotiretomia cirúrgica quando solicitada pela equipe de anestesia e o paciente não apresentou nenhum resultado adverso. Desde esse evento, me dediquei a aprender e ensinar quase tudo a respeito do manejo de vias aéreas. Obtive minha primeira bolsa de pesquisa para comparar a via aérea Ovassapian com a Laryngeal Mask Airway™ como um conduto de intubação em pacientes anestesiados e acordados em 1993.

Particpei da primeira Assembleia Anual da Society for Airway Management (SAM) em Newport Beach, em 1995, e foi nessa assembleia que me juntei à Sociedade. Sou membro da SAM desde então e tenho participado de todas as assembleias científicas anuais desde o seu início. Desde que me juntei à SAM, tenho trabalhado como palestrante, moderadora, painelistas especialistas e membro de vários comitês da SAM. Além disso, presidi a Assembleia Anual da SAM de 1999 em Nova Orleans, LA.

Tornei-me um membro muito ativo da Society for Airway Management e cumpri minha primeira posição como Secretária em 2004, cargo em que trabalhei por 5 anos. Posteriormente, assumi os cargos de Vice-presidente, Presidenta eleita, Presidenta e ex-presidenta imediata. O Dr. Andranik Ovassapian, fundador da Society for Airway Management, pediu que eu considerasse a posição de diretoria, já que ele estava pronto para deixar o cargo de Diretor Executivo da SAM por 11 anos. Posteriormente, em 2009, fui nomeada Diretora Executiva pelo Conselho de Administração (BOD), de acordo com o Estatuto Social. Na época, a posição não tinha um limite de prazo. O Estatuto Social foi posteriormente revisado em 2014, de forma que “o mandato do Diretor Executivo será de no mínimo 5 anos, com a possibilidade de um mandato adicional de 5 anos”.

O papel do Diretor Executivo é auxiliar o Presidente, os representantes e os membros do Conselho na execução de suas funções e participar do planejamento e organização da Assembleia Anual Científica, bem como de quaisquer outras conferências que envolvam a Society for Airway Management. Como tal, participo das teleconferências do Conselho de Administração e das assembleias presenciais. O Diretor Executivo é considerado um membro “ex-officio” (não votante) do Conselho de Administração.

É difícil quantificar o tempo necessário para realizar essas tarefas. Além das teleconferências do Conselho de Administração, participo do Comitê Executivo da Assembleia Mundial da World Airway Management, bem como do Comitê de Projetos Especiais

teleconferências e reuniões. Além disso, participo de troca de e-mails sobre questões importantes relacionadas à Sociedade.

Essa posição era muito singular até recentemente, quando a European Airway Management Society (EAMS) desenvolveu uma posição semelhante para sua organização, com o Dr. Arnd Timmerman atuando como o primeiro Diretor Executivo da EAMS.

A Society for Airway Management foi fundada em 1995 para promover a prática clínica segura do manejo de vias aéreas por meio de pesquisa, educação e desenvolvimento de recursos de ensino. A SAM é distinta por ter um extenso eleitorado internacional e multidisciplinar (anestesiologia, cuidados intensivos, medicina de emergência e cirurgia) do qual tem atraído seus representantes, por exemplo, sua presidente. Além disso, a SAM não apenas formou alianças internacionais, mas formou divisões internacionais (mínimo de 10 membros em cada um), incluindo Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, Chile, China, Nova Zelândia, Arábia Saudita, Espanha e Reino Unido; o México em breve será adicionado à lista.

Cada um dessas divisões tem um representante no Comitê Internacional da SAM. Além disso, eles se qualificam para enviar trabalhos para dar uma palestra para a sessão da sucursal da Assembleia SAM. Essas alianças e sucursais funcionarão como um recurso que auxiliará na correspondência de fontes de pesquisa, facilitará ensaios multicêntricos, auxiliará na revisão de conceitos e propostas de pesquisa, avaliará informalmente os pedidos de subsídios e executará outros assuntos úteis para Membros da SAM.

A SAM está agora ligada à International Anesthesia Research Society (IARS), cujo periódico, Anesthesia and Analgesia, tem o Dr. Narasimhan Jagannathan como seu Editor de Seção de Manejo de Vias Aéreas. A SAM está afiliada à Foundation for Anesthesia Education and Research, e à Anesthesia Patient Safety Foundation há muitos anos. Também, recentemente se afiliou ao Patient Safety Movement (Foundation), que tem a missão de eliminar completamente as mortes evitáveis de pacientes até 2020.

A Society for Airway Management continua a ser uma sociedade altamente inovadora, com a incorporação de novas tecnologias e pesquisas, colaboração com outras sociedades de vias aéreas e treinamento avançado de vias aéreas entre as diferentes especialidades. Eu prevejo uma maior colaboração com o Patient Safety Movement e aumento de desenvolvimento vinculado de iniciativas nacionais e internacionais de pesquisa, assim

como o desenvolvimento do grande trabalho vindo do Comitê de Projetos Especiais da SAM. Aguardo com expectativa os próximos anos, uma vez que a Sociedade continua a florescer sob a direção de sua liderança atual e futura e o engajamento contínuo dos membros desta Sociedade.

Tive a sorte de ter contribuído para a SAM com relação aos seguintes pontos:

- A primeira Presidente do sexo feminino da SAM e a primeira Diretora Executiva do sexo feminino
- Iniciei a associação SAM com o Journal of Clinical Anaesthesia e, posteriormente, iniciei a associação da SAM com a IARS e o periódico oficial da SAM Anesthesia and Analgesia
- Iniciei as ligações de teleconferência da SAM para reuniões do BOD
- Iniciei a inclusão da SAM News do Presidente na ASA Monitor (antigo boletim ASA)
- Desenvolvi o conceito do Fórum SAM como um benefício para os membros e, posteriormente, para [MD] como um meio de comunicação para os membros da Sociedade.
- Desenvolvi o conceito de Sucursais na SAM para incentivar a participação de membros
- Desenvolvi três novos fundos para a Sociedade, incluindo o Ovassapian Lecture Fund, o Research Fund e o International Physician Sponsorship Fund
- Desenvolvi a ideia de assembleias do comitê SAM durante o almoço na Assembleia Anual SAM
- Estabeleci uma Sucursal Residente, iniciei uma “Área para Comentários de Residência” no Airway Gazette e desenvolvi o conceito de pareamento de residentes com um instrutor de workshop na Assembleia Anual SAM
- Garanti uma taxa reduzida de seguro de responsabilidade civil para SAM e seus diretores
- Iniciei uma parceria com a Foundation for Anesthesia Education and Research (FAER)
- Iniciei uma parceria com a Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF)
- Dei a Palestra Ovassapian Memorial na primeira Assembleia Mundial de Manejo de Vias Aéreas em Dublin, na Irlanda, “Diretrizes de Manejo de Vias Aéreas ao Redor do Globo” em 2015

Eu serei eternamente grata à Society for Airway Management pelas amizades que formei ao longo dos anos e à habilidade de trabalhar tão estreitamente com os Presidentes e outros diretores nos últimos 10 anos como Diretora Executiva. Foi realmente uma honra servir como tal.

PARA TODOS OS MEMBROS DA SAM
Aumente sua experiência e opções para atendimento ao paciente! Mantenha a SAM vibrante! Este é o seu convite —
para participar de nossos comitês, envie ideias para assembleias e o Airway Gazette, e participe no Fórum SAM da Internet.

Adicione seu currículo. Por favor, envie idéias para a Gazette!

E R G O M A S K
ergonomic face mask

QUANDO O NORMAL NÃO É BOM O SUFICIENTE!

**As máscaras padrão não foram
projetadas para ventilação com
pressão positiva!**

- Contorno de Cume e Marcador de Cor para melhor posicionamento de aderência
 - Design assimétrico com porta descentralizada oferece aderência segura e confortável
 - Menos estressante
- Mais eficiente



21ª Assembleia Anual
da Society for Airway Management **EVENTO**
SOCIAL

Sábado, 15 de setembro de 2018



Junte-se a nós para um cruzeiro noturno no Rio Chicago e no Lago Michigan com jantar, bebidas, música e dança.



Localização

Na Riverwalk de Chicago, na esquina sudeste da Michigan Avenue Bridge, na Wacker Drive. Chicago, Illinois, 60601. Para direções de GPS, use 112 E. Wacker Drive.

Fotos e detalhes abaixo:



Barco Cruzeiro no lago Michigan, com vistas do horizonte de Chicago



Barco Cruzeiro no rio Chicago



Casos desafiadores SAM 2018 - Vencedores!

Caso	Título	Apresentador	Hospital	Localização	Painelistas especialistas
Pediátrico	Inserção Acordada do Dispositivo de via aérea supraglótica (iGel) sem sedação para o manejo das vias aéreas de uma criança com anomalias crânio-faciais congênitas graves e histórico de falha na intubação no passado	Dr. Amer Majeed MBBS, FCARCSI, FRCA, FFICM ; amer.majeed@gmail.com	King Faisal Specialist Hospital & research Centre	Riyadh, Arábia Saudita	Paul Baker John Fiadjoe
Adulto Geral	Manejo das vias aéreas de um paciente com malformação arteriovenosa facial (MAV) e apneia obstrutiva do sono grave submetido à embolização endovascular sob anestesia geral.	Dr. Carla Todaro, MD ; carla.todaro@gmail.com	Department of Anesthesia and Pain Management, Women's College Hospital, Toronto	Toronto, ON, Canadá	Richard Cooper Will Rosenblatt
Subespecialidade Adulta #1	Laceração Traqueal Grave Durante a Laringoscopia por Microsuspensão: Relato de Caso de Manejo Intra-operatório de Lesão Traqueal	Dr. Akeel Merchant, MD; akeel.merchant@phhs.org	University of Texas Southwestern Medical Center	Dallas, TX, EUA	Michael Seltz Kristensen Lauren Berkow
Medicina Emergencial	'Casos Desafiadores' Relato do Caso da Recuperação Aeromédica de um paciente com Lesão Traqueal e dificuldade de ventilação como complicação da intubação de emergência.	Dr. Clare Hayes-Bradley, MBBS; Clarehayesbradley@yahoo.com	Sydney HEMS, NSW Ambulância	Sydney, NSW, Austrália	Darren Braude John Sakles
Subespecialidad e Adulto #2	Manejo das vias aéreas para a recuperação de um grande corpo estranho subglótico: relato de caso	Dr. Gang Zheng, MD; Gzheng@mdanderson.org	The University of Texas MD Anderson Cancer Center	Houston, Texas, EUA	Ellen O'Sullivan David Wong

21ª Assembleia Anual Científica
e Workshop da Society for Airway Management
13 a 16 de setembro de 2018

Palmer House Hilton
Chicago, Illinois

ATUALIZAÇÃO
FINAL

MUDANÇAS
IMPORTANTES



Provisão Conjunta por:
Society for Airway Management &
University of Massachusetts Medical School



Airway on Demand
Quinta-feira, 13 de setembro de 2018 - 18:00 - 20:00
Sexta-feira, 14 de setembro de 2018 - 12:00 -

15:30. Corpo docente: William Rosenblatt, M.D.

Airway on Demand (AOD) é uma atualização completa das tendências atuais no manejo clínico das vias aéreas projetada para o anestesista praticante. O curso abrangerá tópicos como as novas diretrizes de vias aéreas difíceis ASA, avaliação avançada de vias aéreas, manejo pediátrico das vias aéreas, intubação acordada, novos videolaringoscópios, o papel das novas vias aéreas supraglóticas no manejo de via aérea difícil, acesso invasivo às vias aéreas e extubação difícil. A AOD está sendo oferecida ao médico que deseja uma revisão sólida dos dispositivos e técnicas atuais, antes de participar da SAM, onde ideias mais avançadas são compartilhadas.

Objetivos Educacionais:

Os participantes que participarem deste curso serão capazes de:

1. Desenvolver um plano adequado de manejo das vias aéreas com base nos achados de um histórico médico focado e no exame físico das vias aéreas, e aplicar esses planos ao atendimento ao paciente.
 2. Aplicar princípios de avaliação avançada das vias aéreas para a síntese de um plano apropriado de vias aéreas.
 3. Avaliar o plano de resgate das vias aéreas e a rotina de intubação traqueal com a incorporação de dispositivos óticos/vídeo modernos.
 4. Avaliar o plano de resgate das vias aéreas e manejo de rotina das vias aéreas com a incorporação de modernas vias aéreas supraglóticas.
 5. Aplicar técnicas de preparação do paciente no desempenho da intubação traqueal acordada.
 6. Aplicar técnicas de resgate de vias aéreas minimamente invasivas.
 7. Avaliar o potencial de falha da extubação traqueal e desenvolver um plano para reintubação de emergência.
- *Todos os participantes devem se inscrever para a conferência SAM antes da inscrição no curso.*

Taxa de registro: Participantes da Assembleia SAM US\$ 150; Estagiários US\$ 25 (*com carta de confirmação do diretor do programa*). Os estagiários precisarão fornecer uma carta de seu programa para receber o desconto especial.

O espaço é limitado, portanto, a participação no curso será de acordo com o número de vagas.

Esta atividade foi planejada e implementada de acordo com as áreas e políticas essenciais do Conselho de Credenciamento para Educação Médica Continuada, por meio da provisão conjunta da University of Massachusetts Medical School e da Society for Airway Management. A University of Massachusetts Medical School é credenciada pelo ACCME para fornecer educação continuada aos médicos.

A University of Massachusetts Medical School designa esta atividade ao vivo para um máximo de 5.5 AMA PRA Category 1 Credit(s)TM. Os médicos devem reivindicar apenas crédito proporcional à sua participação na atividade.

Quinta-feira, 13 de setembro de 2018

Airway on Demand

18:00-20:00 **Airway on Demand-Parte I**
Will Rosenblatt, M.D.

Sexta-feira, 14 de setembro de 2018

7:00-7:45 **Inscrição & Café da Manhã Continental/**

Visualizar Exposições 7:45-8:00 **Boas Vindas**
Lorraine Foley, M.D., M.B.A., Presidente
Narasimhan Jagannathan, MD, M.B.A., Presidente do
Programa John Sakles M.D., Co-Presidente do
Programa

Sessão I: Manejo de vias aéreas nos últimos 10 anos: Lições Clínicas Aprendidas e

Moderador Não Respondido: **Lauren Berkow, M.D.**

8:00-8:30 **Registros de Big Data e Vias Aéreas na Anestesia Adulta: O manejo de vias aéreas é mais seguro agora como resultado?**
Michael Aziz, M.D.

8:30-9:00 **Manejo de Vias Aéreas Difíceis em Crianças: Lições aprendidas**
John Fiadjoe, M.D.

9:00-9:30 **Manejo de Vias Aéreas no Departamento de Emergência: Melhorando os Resultados**
John Sakles, M.D.

9:30-9:45 **Painel de Discussão**

9:45-10:15 **Intervalo / Visualização de Poster / Visitar Exposições**

Sessão II: **Richard Aghababian, M.D. Moderador da Sessão de Vias**

Aéreas de Emergência: **John Sakles, M.D.**

10:15-10:45 **Traumatismo Direto das Vias Aéreas: Nunca havia visto isso antes!**
Thomas Grissom, M.D.

10:45-11:15 **Vias Aéreas de Sequência Rápida - Uma nova alternativa ao RSI para o manejo de vias aéreas de emergência**
Darren Braude, M.D.

11:15-11:45 **Extubação traqueal não planejada**
Arthur Kanowitz, M.D.

11:45-12:00 **Painel de Discussão**

12:00 - 13:30 **Almoço por conta própria**

12:15 – 13:15 Mesa Redonda no Almoço com o Ex-presidente- (Pré-inscrição necessária) Manejo de vias aéreas em obstetrícia: Conceitos atuais
Ashu Wali, M.D.
Almoço Incluído

12:00-13:15 Assembleias do Comitê SAM *(para convidados-almoço fornecido)*

12:00-15:30 Airway on Demand – Parte 2 - William Rosenblatt, M.D.

Sessão III: Pesquisadores de Manejo de Vias Aéreas: Resumos de Pesquisa e Sessão de Pesquisa
Chandy Verghese

Moderadores: Moderadores: Matteo Parotto, M.D. & Eric You-Ten, M.D. **13:30-14:45 Apresentações Orais de Resumos**

14:45-15:00 Apresentação de Prêmios

15:00-15:30 Intervalo / Visualização de Pôster / Visitar Exposições

Sessão IV - Workshops Práticos e Simulação de Vias Aéreas

Moderadores: Lauren Berkow, M.D., Joseph Quinlan, M.D., Jessica Feinleib M.D., PhD
Ashutosh Wali M.D., FFARCS, Radha Arunkumar, M.D.

15:30-18:00

1. Intubação por Fibra Ótica/Anestesia das Vias Aéreas (60 minutos)
2. Cateteres de Troca de Vias Aéreas/Técnicas de Isolamento Pulmonar
3. Vias Aéreas Supraglótica (intubação via SGA)
4. Ultrassom da via aérea
5. Videolaringoscopia
6. Via Aérea Cirúrgica/FONA
7. Estação de Via Aérea Pediátrica
8. Simulação Clínica das Vias Aéreas
9. Oxidador/SALAD
10. Algoritmo de Via Aérea Difícil e Cricotireotomia de Resgate (DAARC)

Reuniões de Negócios SAM

18:00-19:00 Assembleia Geral de Membros (*aberta*)

19:30-22:30 Assembleia do Conselho de Administração (*para convidados*)

Sábado, 15 de setembro de 2018

7:15-7:45 Inscrição, Visualizar Exposições, Café da Manhã

Continental Sessão V: Debate Pro vs. Con

Moderador: Felipe Urdaneta, M.D.

7:45-8:15 Um SGA é preferível ao ETT em Parturientes de Vias Aéreas Difíceis que Precisam de uma Seção C de Emergência
Pro – Ashu Wali, M.D. Con –
Maya Suresh, M.D.

ATUALIZAÇÃO

8:15-8:45 A videolaringoscopia é o dispositivo de escolha versus a fibra óptica para a via aérea difícil pediátrica
Pro – John Fiadjoe, M.D. Con
– Lisa Sohn, M.D.

ATUALIZAÇÃO

8:45-9:15 Intubações traqueais com ou sem estilete?
Pro – Allan Klock, M.D.
Con – Lorraine Foley, M.D., M.B.A.

9:15-9:30 Perguntas/Discussão Aberta 9:30-

10:00 Intervalo / Visitar Pôsteres/ Visitar exposições

Sessão VI: Moderador da Sessão

Plenária: Lorraine Foley, M.D.

ATUALIZAÇÃO

10:00-10:30 Palestra DAS (Patrocinada por Karl Storz): Manejo Multidisciplinar de Traqueotomia: O bom, o mau, o feio
Brendan McGrath, MB ChB, FRCP, FRCA

10:30-11:15 Palestra Ovassapian (Patrocinada por Jack Pacey, M.D.): 5 Coisas que Precisam Mudar Agora Sobre as Práticas Atuais de Manejo de Vias Aéreas
J Adam Law, M.D.

11:15-11:45 Palestra com o Palestrante Internacional Rubenstein (Patrocinada por AMBU): Intubação para Publicação: Você consegue! O que os editores estão procurando em trabalhos sobre Manejo de Vias Aéreas?
Takashi Asai, M.D., PhD

11:45-12:00 Painel de Discussão

Sessão VII: Mesa Redonda do Especialista na Sessão de Almoço- (Pré-registro obrigatório)

12:00-13:00

1 - Melhores Abordagens para a Intubação Acordado

Will Rosenblatt, M.D.

2 - Ultrassonografia para avaliação e Manejo de Vias Aéreas

Michael Seltz Kristensen, M.D. & Eric You Ten, M.D.

3 - Desafios das vias aéreas pré-hospitalares

Michael Steuerwald, M.D. & Darren Braude, M.D.

4 - Manejo de crises das vias aéreas utilizando uma abordagem de equipe e fator humano

Laura Duggan, M.D. & Katherine Sparrow, M.D.

5 - Manejo da extubação traqueal: Desafios e Soluções

Elizabeth Behringer M.D. & Richard Cooper, M.D.

6 - Manejo de vias aéreas de ED: Desafios e Soluções

Arthur Kanowitz, M.D. and John Sakles, M.D.

7 - Métodos de oxigenação durante a intubação traqueal

Lorraine Foley, M.D., M.B.A., Jessica Feinleib, M.D. PhD

8- Que tipo de videolaringoscópio devo usar no meu departamento?

Ayten Saracoglu, M.D. DESA & Adam Law, M.D.

9- Acesso à frente do pescoço (FONA) ANZCA CICO Parte 1 (é preciso se inscrever para as partes 1 e 2 para participar)

Paul Baker, MB ChB, FANZCA & Carin Hagberg, M.D.

13:00-14:00 Rodadas de Pôsteres I

Sessão VIII: Moderador da apresentação da Sucursal

Internacional SAM: Ken Rothfield, M.D. M.B.A.

14:00-14:20 Estabelecimento de uma rede de vias aéreas - o elo perdido

Paul Baker, MB ChB, FANZCA (Nova Zelândia)

14:20-14:40 Pesquisa nacional sobre manejo de vias aéreas na China

Wuhua Ma, M.D., PhD (China)

14:40-15:00 Prevenção da hipoxemia durante o período pré e intraoperatório em pacientes com via aérea difícil prevista

Oscar Valencia Orgaz, M.D., EDAIC (Espanha)

15:00-16:00 Rodadas de Pôsteres II

Sessão IX: Mesa Redonda com o Especialista Sessão II (lanche fornecido)

16:00-17:00

1. Manejo Avançado de Vias Aéreas com Via Aérea Supraglótica

Takashi Asai, M.D., PhD & Lorraine Foley, M.D.

2. Ultrassonografia para avaliação das vias aéreas em adultos e crianças

David Wong, M.D., Rhashedah Ekeoduru M.D. e Maria Matuszczak M.D.

ATUALIZAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

3. Como organizar uma rotação formal das vias aéreas e otimizar a educação das vias aéreas em seu departamento
Felipe Urdaneta, M.D. & Richard Cooper, M.D.

4. Estratégias de Manejo de Vias Aéreas para o Complexo de Cabeça e Pescoço no Paciente
Vladimir Nekhendzy, M.D. & Mike Aziz, M.D.

5. Acesso à frente do pescoço (FONA) ANZCA CICO Parte 2 (é preciso se inscrever para as partes 1 e 2 para participar)
Paul Baker, MB ChB, FANZCA & Carin Hagberg, M.D.

6. Equipes e Políticas de Vias Aéreas para Melhorar os Resultados dos Pacientes
Jessica Feinleib, M.D., PhD & Ken Rothfield, M.D., M.B.A.

7. Manejo da Via Aérea Pediátrica: Novos equipamentos e novas técnicas
Patrick Olomu, M.D. e Pete Kovatsis, M.D.

8. Como estabelecer a equipe DART de resposta às vias aéreas difíceis em sua instituição: experiência de dois centros acadêmicos
Zana Borovcanin, M.D., MSc & Lynette Mark, M.D.

9. Manejo da via aérea no paciente obstétrico
Etedal Aamri M.D. & Maya Suresh M.D.

Sessão IX: Seção Trainee

16:00-17:00 Comprometimento das

Vias Aéreas Tracey Straker, M.D.

19:00 - 22:00 Cerimônia de Premiação e Recepção - Chicago's First Lady Cruises
Junte-se aos apresentadores, diretores da SAM e novos colegas para um evento especial na noite de sábado!

Domingo, 16 de setembro de 2018

7:15-8:00 Visualizar Exposições/Café da Manhã Continental

Sessão X: Painel Internacional de Melhores Casos Desafiadores: Os 5 principais casos desafiadores apresentados serão escolhidos, e cada membro do painel discutirá o manejo de casos após a apresentação do caso.

Moderador: Allan Klock, M.D.

8:00-8:25 Caso 1:

Pediátrico

Apresentador: Amer Majeed, MBBS, FCARCSI, FRCA, FFICM
Painelistas: Paul Baker, MB ChB, FANZCA, John Fiadjo, M.D.

8:25-8:50

Caso 2: Adulto Geral

Apresentador: Carla Todaro, MD
Painelistas: Richard Cooper M.D., Will Rosenblatt, M.D.

08:50-9:15

Caso 3: Subespecialidade Adulto #1

Apresentador: Akeel Merchant, MD
Painelistas: Michael Seltz Kristensen, M.D., Lauren Berkow, M.D.

ATUALIZAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

ATUALIZAÇÃO

9:15-9:40 Caso 4: Medicina Emergencial
Apresentador: Clare Hayes-Bradley, MBBS
Painelistas: Darren Braude, M.D., John Sakles, M.D.

09:40-10:00 Caso 5: Subespecialidade Adulto #2
Apresentador: Gang Zheng, MD
Painelistas: Ellen O' Sullivan, David Wong, M.D.

10:00-10:15 Intervalo/ Bebidas

Sessão XI: Manejo de vias aéreas em pacientes com

ALTO RISCO

Moderador: Richard Cooper, M.D.

10:15-10:50 Evitando o Vórtice girando o córtex: Estratégias de manejo de vias aéreas para pacientes com risco indefinido
Vladimir Nekhendzy, M.D.

10:50-11:25 Manejo Anestésico de Stents Broncoscópicos com Pacientes com Massas do Mediastino
Mona Sarkiss, M.D.

11:25-12:00 Trabalhando juntos para saber o que fazer: podemos (finalmente) resolver o debate da eFONA por meio de coleta anônima de dados?
Laura Duggan, M.D.

12:00-12:10 Palavras finais
Sim Jagannathan, M.D., M.B.A. - Presidente do Programa,
SAM 2018 John Sakles, M.D.- Presidente do Programa,
SAM 2020

Outras Informações pertinentes Acomodações/Local

da Conferência:

Palmer House Hilton
17 East Monroe Street Chicago Illinois 60603 USA <http://www.palmerhousehiltonhotel.com/>

Website de reserva:

<https://book.passkey.com/e/49521199>

Reservas: Telefone:
T: 312.726.7500

Ligação Gratuita para
Reservas 1-800-
HILTONS

Por favor, observe que a data limite para reservas do hotel é 23 de agosto de 2018

Manejo de Vias Aéreas SOLUÇÕES



aScope™ 3



King Vision® aBlade



Fuji Uniblocker™



AuraGain™



VivaSight-DL



Diretrizes para Publicação no Airway Gazette 2018

A Equipe Editorial do Airway Gazette, incluindo a Editora-Chefe — Katherine Gil, M.D., e os editores associados — Valerie Armstead, M.D. e Christopher Godlewski, M.D., desejam convidar todos os membros da SAM e também não-membros interessados a enviar manuscritos para publicação no Airway Gazette de acordo com as diretrizes publicadas. Os manuscritos podem ser revisões de assunto, pesquisa, interesses internacionais, relatos de caso, experiência pessoal, Resenhas de Residente, Bolsistas ou Estagiários, artigos sobre dicas e truques, cartas ao editor e assim por diante.

Envio:

Por favor, envie manuscritos para a Editora-Chefe (e-mail na página 3 do periódico). Contagem de palavras: 400-2500, sem incluir referências, com espaçamento entre linhas simples em formato WORD da Microsoft (preferencialmente fonte Calibri tamanho 12). Inclua um breve título atrativo com todos os autores listados. Defina todas as siglas e abreviaturas, a menos que estejam em conformidade com o Sistema Internacional de Unidades ou o Index Medicus para referências de periódicos.

Gráficos (tabelas, figuras ou fotografias) devem ser enviados em um arquivo JPG ou WORD separado, com legendas adequadas, que evitem duplicação idêntica no texto. Identifique-os nos manuscritos usando um número de referência. As concessões para mais palavras/espço são feitas em uma base individual.

Seções Especiais:

Faça uma estimativa revisando as edições anteriores mais recentes do Airway Gazette (localizada no site da SAM) para determinar a quantidade de espaço necessária normalmente disponível para texto, tabelas, figuras e/ou fotografias. Por exemplo, pesquise uma seção Dicas e Truques para calcular a contagem de palavras.

Política de Revisão:

O editorial do Airway Gazette revisa todos os manuscritos no uqe se refere a formato, idioma e interesse de conteúdo para fazer sugestões para a aprovação do autor. Nosso objetivo: autores felizes.

Envio duplicado:

Para evitar qualquer possibilidade de violação de direitos autorais e a possibilidade de duplicação desnecessária de revisão pela equipe do Airway Gazette sobre os manuscritos dos autores, eles não devem ser enviados se estiverem sendo analisados simultaneamente por outros periódicos ou publicações para distribuição por escrito ou se foram publicados anteriormente, a menos que seja obtida permissão.

Prazo para Envio de Artigos:

O Airway Gazette é publicado trimestralmente no último dia dos meses de janeiro, abril, julho e outubro, assim evitando conflitos com a Assembleia Científica Anual e Workshop de setembro da SAM e os conflitos de fim de ano. O prazo para envio é de 45 dias antes da data de publicação pretendida. Os manuscritos são normalmente publicados na ordem recebida, a critério da equipe editorial.



O The Airway Gazette quer você!

Autoria:

Inclua informações relativas ao nome do autor, grau, título profissional, filiação institucional, endereço de e-mail, números de fax/telefone e cidade/região/país atual.

Envie uma fotografia recente em estilo de retrato (cabeça e ombros) do primeiro autor. Fotografias digitais (JPG) são preferíveis com uma descrição de arquivo anexada. Caso contrário, envie fotografias 3x3" ou 5x7" para o "endereço de contato" na página 2.

Por favor, liste nomes e informações biográficas para todos os autores adicionais. Manuscritos de autoria de não-membros SAM devem receber aprovação da Equipe Editorial para publicação. O responsável de um manuscrito submetido com o consenso de um grupo ou comitê será designado como o primeiro autor. Todo o texto enviado ou material fotográfico deve ser original. No entanto, se algum material for duplicado de qualquer fonte, incluindo a Internet, ele deve ter aspas e ter uma citação apropriada. Solicitações de Reimpressão: Todas as solicitações de reimpressão serão encaminhadas ao(s) autor(es) para permissão.

Resenhas de Residentes, Bolsistas ou Estagiários:

Os autores residentes, bolsistas ou estagiários são convidados a enviar resenhas de artigos "significativos" previamente publicados, incluindo informações semelhantes do autor, além de título completo do artigo, autor(es) e citação. Os manuscritos devem estar em um formato WORD e contagem de palavras semelhante, excluindo título/referências. Veja a edição de setembro de 2010 como um exemplo de tema geral e layout para uma resenha e use estes títulos: 1) Introdução (por que o artigo foi escolhido/interessante). 2) Tipo de estudo (prospectivo, etc.) 3) Hipótese 4) Métodos 5) Resultados 6) Discussão dos estagiários (isto pode incorporar algumas das discussões do autor do artigo, mas também dar o ponto de vista do estagiário sobre o artigo em relação à literatura do estagiário, pesquisa, etc.). 7) As referências devem ser indicadas no texto e incluir as seleções do estagiário. Envie por e-mail uma cópia do artigo sobre o qual a resenha foi feita. Envie uma fotografia digital pessoal (consulte as diretrizes anteriores). Os estagiários devem perguntar a um mentor ou a alguém com experiência em seus programas, revisar e criticar as submissões antes de enviar por e-mail para a Editora.

Divulgação:

Divulgue qualquer arbitragem institucional ou comercial que possa representar um conflito de interesses com as informações apresentadas nos manuscritos. Todo o financiamento para projetos deve ser reconhecido. Use nomes genéricos para todos os medicamentos e equipamentos sempre que possível ou notifique a Editora.

Bibliografia:

Use sobrescrito para indicar ≤ 5 referências numeradas, citadas no manuscrito. Liste a bibliografia de acordo com o Manual de Estilo da AMA (Lippincott, Williams, & Wilkins).

Política de direitos autorais:

Todos os manuscritos publicados tornam-se material protegido por direitos autorais do The Airway Gazette e não podem ser republicados ou reimpressos, no todo ou em parte, sem a permissão expressa por escrito do conselho editorial do The Airway Gazette.



NOSSO FÓRUM

**ACESSE [HTTPS://SAMHQ.COM/FORUM/](https://samhq.com/forum/)
REGISTRE-SE NO NOVO FÓRUM**



Fórum SAM E-Lights para para [MD]

Intubação acordado: apneia do sono grave em BiPAP, paciente com deficiência de vias aéreas e insuficiência respiratória

— Dr. David Wong



Δ Um homem de 46 anos de idade, com 146 kg, com OSA grave e síndrome de hipoventilação de obesidade, foi admitido na UTI com insuficiência respiratória aguda que necessitava de suporte do ventilador. Seis meses antes, uma cricotiroidotomia de emergência foi realizada após falha da intubação traqueal filóptica com despertar prolongado devido à rápida dessaturação e colapso da via aérea orofaríngea. Uma traqueostomia prévia foi realizada com dificuldades técnicas. A traqueostomia foi fechada. Nós planejamos realizar uma intubação traqueal acordado seguida de indução de anestesia e traqueostomia por otorrinolaringologia na SO.

Na chegada na Sala de Operação, BIPAP (25/12 cm H₂O); sua SpO₂ foi de 94% com FiO₂ 1.0. ABG pH 7,35/PCO₂ 55/PO₂ 62. Dentro de 30 segundos de remoção BIPAP para tropicalizar suas vias aéreas, ele caiu a 80-85%. Ele não conseguia se deitar e estava sentado a 45 graus.

1. Você colocaria o paciente para dormir primeiro e depois intubá-lo?
2. Como você realizaria uma intubação acordado? Ele fica de pé e cairia rapidamente com a remoção do BIPAP
3. Você insistiria em uma traqueostomia acordado - os cirurgiões estão relutantes com a traqueostomia passada, levando 40 minutos para fazer.

Ω Oi David, Obrigado por este caso desafiador. É semelhante a um que eu tive que lidar anteriormente. O paciente é claramente tênue e dependente do BiPAP. Meu "Plano A" seria intubação traqueal com o paciente acordado, usando uma técnica guiada por fio com o Cateter Conjunto Arndt Airway Exchange (AECS, Cook Medical, Bloomington IN, EUA)

através de uma máscara de anestesia padrão presa ao rosto do paciente para manter BiPAP usando um modo de ventilação espontânea na máquina de anestesia (ver Heier JM et al, Saudi J Anaesth. 2012 Jul;6(3):292-4. doi: 10.4103/1658-354X.101226). Eu realizaria a intubação e uma boa topicalização com o paciente na posição sentada vertical. Pode ser realizado pela via oral ou nasal; embora o ângulo da via nasal através da máscara facial seja muito mais agudo. O AECS inclui um adaptador de via aérea de 22 mm que permite conexão à máscara facial de anestesia padrão e facilita essa técnica. Como "Plano B", eu poderia considerar uma intubação retrógrada sob condições topicalizadas, novamente com o paciente sentado e mantido no BiPAP. No entanto, uma decisão sobre isso exigiria mais informações sobre a frente do pescoço do paciente. Um exame de ultrassom (e possível orientação) seria útil aqui. Meu "Plano C" seria a traqueostomia acordado. Dada a informação que você forneceu, eu não gostaria de colocar este paciente dormindo e tentar a intubação e/ou um procedimento emergente de FONA neste caso. **Dr. Richard Galgon**

Eu tentaria FOB novamente. Eu gostaria de saber o que aconteceu naquele momento: "intubação traqueal por via venosa longa e despercebida na glândula falciforme falhou devido a dessaturação rápida repetida e colapso da via aérea orofaríngea". Eu iria realizar FOB novamente sem qualquer sedação apenas anestesia tópica. Talvez a ketamina fosse usada. Eu tenho certeza que isso daria certo.

Dr. Otavio Santos

Ω Olá, David,
Caso muito desafiador! Para responder as perguntas ...

1. Eu não colocaria o paciente para dormir primeiro e depois intubá-lo.
 2. Com ele sentado, use uma máscara facial pediátrica para fornecer BiPAP nasal. Você pode configurar o ventilador para o modo de suporte de pressão para corresponder ao seu modo BiPAP primeiro e ajustar as configurações conforme necessário, ou pode ser necessário o modo de controle de pressão. Ele fornecerá oxigenação nasal ativa contínua enquanto faz a topicalização ou FOB oral. Eu faria FOB guiado pelo GlideScope. O Glidescope dará uma visão mais ampla do que outros pequenos videolaringoscópios.
 3. Eu insistiria em traqueostomia se a intubação acordado falhasse.
- Obrigado!

Dr. James Tse

Ω Caro David, um ótimo caso. É notavelmente semelhante ao caso que publicamos no Journal of Head and Neck Anesthesia (JoHNA) da SHANA 2017, 2 (1). Também tenho o prazer de mencionar que o caso também foi finalista e vencedor do prêmio máximo na assembleia da WAMM em Dublin.

Em suma, tínhamos um paciente obeso dependente de BiPAP com um forte distúrbio inspiratório e uma história remota de traqueostomia e reconstrução laríngea, que exigia intubação traqueal emergente para insuficiência respiratória aguda na UTI. O paciente estava obnubilado, com estridor inspiratório severo e estava sentado ereto na cama na posição alta de Fowler. O paciente resistiu a abertura bucal (

Dr. Vladimir Nekhendzy

Por favor, me informe se meu post foi cortado, e eu vou reenviar em várias partes. Não tenho certeza se existe um limite de palavras para o post.

Dr. Vladimir Nekhendzy

Ω Grande caso,

Eu não concordaria com a intubação após a indução, e o despertar traqueal é um grande desafio, considerando sua descrição do caso e da história. Topicalização e re-aplicação da máscara conforme necessário para melhorar a oxigenação durante o mergulho até os 80, tais pacientes tolerariam 80 ou mesmo 70 na posição

de 45 graus, através de uma máscara que tem o buraco para FO (ou você pode criar o seu próprio, obviamente este não é um caso de estagiário, seria você realizando a intubação para minimizar o tempo necessário).

Alternativamente, uma cânula nasal de alto fluxo, se disponível, criaria CPAP, oxigenação e ventilação suficientes para realizar tanto a topicalização quanto a intubação, ou pelo menos a intubação. Pacientes com dificuldade respiratória geralmente não necessitam de muita sedação, se houver alguma, devido à existência de certo grau de alteração do estado mental devido a estresse e/ou hipercapnia.

Atenciosamente,

Dr. Basem Abdelmalak

Ω Realmente desafiador. Como o Dr. Octavio respondeu, qual foi a razão para o fracasso com a intubação atópica acordado anteriormente? Uma vez que ele soa um pouco tênue, eu não o induziria e tentaria adormecer por via venosa, pois as coisas entrarão em colapso repentinamente.

Eu consideraria o uso do THRIVE Troca de Ventilação por Insuflação Rápida Umidificada Transnasal a partir de 30 litros/min, trabalhando até 70 litros min, conforme descrito pelo Dr. Anil Patel. THRIVE fornece PEEP e é bem tolerado, pois é aquecido e umidificado.

A topicalização pode ser possível com bloqueios laríngeos superiores da cartilagem tireóidea e da punção cricotireóidea usando a guia de ultrassom, se necessário. Isto serve a um duplo propósito: topicalizar suas vias aéreas e também fornecer uma rota/marcador para o acesso frente do pescoço CICO, se uma cânula de plástico é deixada in situ. Um fio retrógrado enfiado para cima e através do filóptico pode atuar como um guia valioso para permitir que o filóptico entre na traqueia e, em seguida, passe o tubo endotraqueal pelo escopo para dentro de sua traqueia. Alternativamente, uma vez que a cânula já está através da membrana cricotireoide (supondo que seu pescoço não esteja coberto por uma grande camada espessa de tecido adiposo e você tenha tido sucesso na punção do cricotireoide), pode ser capaz de fazer uma cricotirotomia de Melker.

Eu sei que existem muitas incógnitas nesta fase, mas no passado houve uma cricotirotomia e traqueostomia.

Finalmente, obviamente, isso deve ser feito por horas, quando há muita ajuda, incluindo cirurgiões otorrinolaringologistas!

Boa sorte

Dr. Laurence Poon

Ω Oi David, vou repostar pois minha resposta parece ter sido cortada. Vou repostar em 3 partes, pois não tenho certeza se existe um limite de palavras para um post, o que poderia ser o motivo de um corte.

1 de 3 - O seu caso é quase idêntico ao que publicamos no Journal of Head and Neck Anesthesia (JoHNA) da SHANA 2017, 2 (1). Nosso caso relatado também foi um finalista e vencedor do prêmio máximo na assembleia da WAMM em Dublin, então acho que repostá-lo trará pelo menos algum valor educacional.

Em suma, tínhamos um paciente obeso dependente de BiPAP com um forte distúrbio respiratório e uma história remota de traqueostomia e reconstrução laríngea, que exigia intubação traqueal emergente para insuficiência respiratória aguda na UTI. O paciente estava obnubilado, com estridor respiratório severo e estava sentado ereto na cama na posição alta de Fowler. Língua grande, má dentição, e pescoço espesso sem marcas anatômicas claramente identificáveis, secundárias à cirurgia anterior do pescoço (semelhante à sua). PA 105/55 mmHg, FC 164 batimentos / min, RR 38/min, SpO2 92% em máscara BiPAP de face inteira (FiO2 1,0, 20/5); pH 7,17, PaCO2 68 mmHg, PaO2 de 134 mmHg. O paciente dessaturou quase imediatamente após a remoção da máscara BiPAP.

2 de 3 - A abordagem adormecida da intubação estava fora de questão, e uma cricotireotomia/traqueostomia acordado considerado extremamente difícil, se não impossível, semelhante ao seu. Usamos a “técnica pasta de dente” modificada de dispersar pomada de lidocaína a 5% (Drummond JC. Airway anesthesia: the toothpaste method. Can J Anaesth. 2000; 47:

94) com interrupção mínima da ventilação BiPAP. Essa técnica pode ser particularmente eficaz em pacientes com desconforto respiratório, em que as rápidas respirações do paciente, assistidas pelo BiPAP, impulsionam a pomada de lidocaína pelas vias aéreas superiores até a traqueia do paciente. Duas abordagens para intubação permitiram a continuidade da NIPPV. Nós primeiramente tentamos uma intubação de escopo flexível (FSI) através de uma endoscopia (Patil-Sarycuse) e um adaptador giratório de broncoscopia que foram anexados ao circuito BiPAP. Não havia estruturas identificáveis.

3 de 3 - Em seguida, colocamos uma LMA de intubação (iLMA) com o paciente acordado, reatamos o BIPAP e reoxigenamos. Nós entubamos com sucesso usando uma combinação de FSI, tubo microlar de 5.0 (MLT) colocado dentro do iLMA e um adaptador giratório de broncoscopia

acoplado ao BIPAP. O MLT inflado dentro do iLMA permitiu a ventilação BiPAP em andamento. As fotos representativas estão no JoHNA. Eu tenho certeza que você fez algo semelhante, como você tinha feito no passado :) (Wong D, Wang J. Awake bronchoscopic intubation through an Air-Q with the application of BiPAP. Can J Anesth. 2012; 59: 915-6.). Este caso foi antes da era THRIVE, e THRIVE poderia ter sido tentado em seu paciente para superar a topicalização e despertar o FSI. No entanto, duvido que teria sido bem sucedido.

Grande caso.

Atenciosamente,

Dr. Vladimir Nekhendzy

Ω Oi David

Caso desafiador. Para tais casos, apenas fazer a patente das vias aéreas é prioridade.

Eu insistiria sob uma boa topicalização e sem a colocação de sedação da Via Aérea Supraglótica deve ser tentada!!

Se for bem sucedida, a intubação auxiliada pela FOB será mais fácil com a ventilação assistida/controlada. Na minha própria experiência em mim mesmo (vídeos em mim), posso dizer com segurança que a anestesia de superfície dura apenas cerca de sete minutos!!! ILMA, se possível, é uma escolha melhor.

A colocação de SGA sob anestesia tópica sem sedação está salvando vidas em adultos e pacientes pediátricos.

A segunda opção permanece na cricotireotomia cirúrgica acordado, na posição sentada para o seu paciente!!??

Atenciosamente,

Dr. Syed Mahmood

Ω Eu concordo com todos acima. Eu nem pensaria em intubação adormecida. Se a topicalização sozinha não for suficiente para uma boa AFOI, eu usaria a dexmedetomidina para sedação. A colocação acordada de um dispositivo supraglótico, como sugerido pelo Dr. Mahmood, é uma boa escolha para um caso muito difícil como este. Isso permitiria alguma ventilação em torno do escopo enquanto a tentativa de intubação é realizada. Eu sugeriria o uso da pasta de Pacey no fundo da língua durante alguns minutos, mantendo o Bipap, a fim de possibilitar a inserção do dispositivo supra glótico. **Dr. Marcelo Ramos**

Δ Olá, obrigado por suas opiniões de especialistas entusiastas!

1. Pós-indução e intubação - má ideia

2. Traqueostomia acordado seria difícil, mas mesmo assim o otorrinolaringologista deveria estar lá se houver

3. intubação acordado - a melhor opção. Tópica pode ser feita em várias etapas, mantendo a oxigenação. As opções de O2 sugeridas pelo grupo - BIPAP, Optflow, Máscara nasal ped como James Tse são excelentes. Mantendo a boa ideia do paciente. FOB acordado por via oral boa escolha

O que fizemos. Paciente caiu muito rapidamente cada vez que removermos o BIPAP. Assim, a topografia é colocada em um air-Q e conectada ao BIPAP. SpO2 98%. em seguida, inserimos um ETT a cerca de 14 cm, dentro do air-Q, inflado e ligamos o ETT ao BIPAP. Insira FOB com visão perfeita da glote até a carina. Avance o ETT para a traqueia. O paciente que recebeu GA e traqueostomia procedeu sem incidentes. O ENT levou 45 minutos para colocar na traqueia! Obrigado a todos pelo excelente conselho e discussão.

Dr. David Wong)(Toronto)

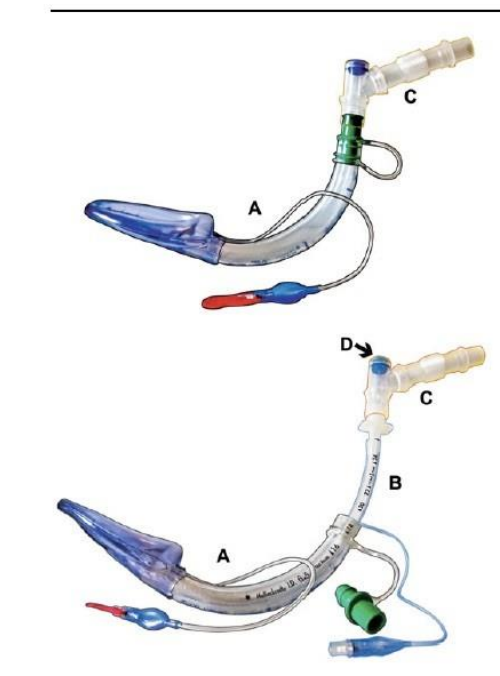
Nota da editora:

A fluidez da participação no Fórum SAM é refletida na apresentação no Airway Gazette. Muitos assuntos são discutidos, e. apresentações de casos (de longe a maior parte das interações) e solicitações sobre o uso do dispositivo, referências bibliográficas, descrições técnicas de uso, imagens e assim por diante.

Ocasionalmente, a urgência pode estar implícita. Independentemente disso, os membros da SAM podem estar com pressa e desejam ajudar respondendo às postagens ou podem estar ocupados com outros assuntos, mas ainda querem ajudar os membros com um problema a ser discutido. Como tal, por vezes erros ortográficos e/ou gramaticais são mais comuns. Para dar um sabor em tempo real ao Fórum SAM, o texto não é editado a menos que a clareza de significado precise ser melhorada. Da mesma forma, o texto não é “justificado” ou enquadrado. No final de toda a discussão, uma notação de “SIC” indica que o texto é, na maior parte, idêntico ao que foi originalmente escrito.

Arbitrariamente, “Δ” significa o instigador inicial da discussão, enquanto “Ω” significa os respondentes.

— (SIC)



JUNTE-SE AO NOVO FÓRUM
SAM

E SE VOCÊ PUDESSE INTUBAR SUAVEMENTE NA PRIMEIRA PASSAGEM?

Tubos Parker Flex-Tip e
vias aéreas nasofaríngeas



ENCONTRE O QUE OS MÉDICOS DESCOBRIRAM

www.parkermedical.com/clinical-studies

