



EXTUBAÇÃO ACIDENTAL E OS CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMAGEM

ACCIDENTAL EXTUBATION AND INTENSIVE CARE NURSING

LA EXTUBACIÓN ACCIDENTAL Y LOS CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERÍA

José Melquiades Ramalho Neto¹, Lusía Balbino do Nascimento², Glaydes Nely Sousa da Silva³, Maria Sueli de Menezes⁴, Maria Miriam Lima da Nóbrega⁵

RESUMO

Objetivo: investigar os momentos dos cuidados de enfermagem de maior incidência de extubação acidental. **Método:** estudo descritivo desenvolvido com profissionais da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Geral de um hospital escola. Os dados foram coletados em agosto de 2010, por meio de um questionário, analisados, condensados e apresentados em uma tabela e uma figura. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo n° 414/10. **Resultados:** os momentos dos cuidados de enfermagem apontados pelos profissionais como de maior incidência da extubação acidental compreenderam o banho no leito; a mudança de decúbito; o transporte intra ou inter-hospitalar do paciente; a troca da fixação; e a mobilização do paciente para realização de exames e/ou procedimentos no leito. **Conclusão:** embora os profissionais de enfermagem tenham conhecimento sobre os eventos que predispõem à extubação acidental, este não se mostra suficiente na eliminação da possibilidade de sua ocorrência nas unidades de cuidados intensivos. **Descritores:** Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Objective: investigating the moments of nursing care with the highest incidence of accidental extubation. **Method:** a descriptive study developed with professional nursing staff of a General Intensive Care Unit of a teaching hospital. Data were collected in August 2010 through a questionnaire, then analyzed, condensed and presented in a table and a figure. The research project was approved by the Research Ethics Committee, Protocol n° 414/10. **Results:** moments of nursing care appointed by professionals as of higher incidence of accidental extubation understood the sponge bath; the changing positions; intra- or inter-hospital transport of patient; the exchange of fixation; and the mobilization of the patient to perform examinations and/or procedures in bed. **Conclusion:** although nurse practitioners have knowledge about events that predispose accidental extubation, this does not seem sufficient to eliminating the possibility of its occurrence in intensive care units. **Descriptors:** Nursing; Nursing Care; Intensive Care Units.

RESUMEN

Objetivo: investigar los momentos de la atención de enfermería con la mayor incidencia de la extubación accidental. **Método:** estudio descriptivo desarrollado con el personal profesional de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital general de enseñanza. Los datos se recopilaron en agosto de 2010 a través de un cuestionario, analizados, condensados y presentados en una tabla y una figura. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, el Protocolo n° 414/10. **Resultados:** los momentos del cuidado de enfermería apuntados por los profesionales como una mayor incidencia de extubación accidental entendieron el baño en la cama; el cambio de las posiciones; el transporte intra o inter-hospitalario del paciente; el cambio de la fijación; y la movilización del paciente para las pruebas y/o procedimientos en la cama. **Conclusión:** a pesar de los profesionales de enfermería teneren conocimiento acerca de los eventos que predisponen a la extubación accidental, esto no parece suficiente para eliminar la posibilidad de que se produzcan en las unidades de cuidados intensivos. **Descritores:** Enfermería; Cuidados de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

¹Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Plantonista da Unidade de Terapia Intensiva Geral, Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: melquiadesramalho@hotmail.com; ²Enfermeira. Plantonista do Serviço de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lusiabalbino@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/Facene, Plantonista da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Hospital Universitário Lauro Wanderley/HULW/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: glaydesnely@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora, Faculdade de Enfermagem Nova Esperança/Facene. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: suelimenezes@facene.com.br; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGENF/CCS/UFPB. Pesquisadora CNPq. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: miriam@ccs.ufpb.br

INTRODUÇÃO

Ao longo da história dos cuidados intensivos, a atividade ventilatória ineficiente suscitou a necessidade de se buscar recursos que propiciassem conforto aos pacientes graves, nas mais diversas situações clínicas, que cursam com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, com destaque para os métodos de oxigenoterapia, suporte mecânico da ventilação e/ou correção da causa que motivou o desarranjo do mecanismo fisiológico mais intrínseco do ser humano - a respiração.

Como método de suporte à vida para a maioria dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a ventilação mecânica invasiva surge com a finalidade de otimizar a troca gasosa à medida que mantém a ventilação alveolar e a administração de oxigênio naqueles pacientes que já não conseguem respirar satisfatoriamente e de forma espontânea, estando uma parcela significativa dos cuidados de rotina da equipe de enfermagem destinada à assistência desses pacientes graves em ventilação artificial, desde os cuidados com o tubo ou cânula endotraqueal, até o manuseio de respiradores microprocessados.¹⁻³

A intubação orotraqueal consiste na via de primeira escolha para manutenção das vias aéreas do paciente no âmbito da UTI. Nesse contexto, além da vigilância constante, monitorização de sinais vitais e padrão respiratório, observação sistemática de sinais neurológicos, nível de sedação e cuidado com os circuitos do ventilador mecânico (VM), o paciente intubado requer uma série de cuidados de enfermagem específicos,² com destaque para a verificação da pressão do cuff a cada 12 horas, hidratação dos lábios a cada 4 horas, adequada higiene oral para diminuir a carga microbiana na placa dental e na mucosa bucal, troca da fixação adesiva ou cadarço do dispositivo, no intuito de evitar a extubação acidental, utilização de gases nos locais de posicionamento do tubo e aspiração endotraqueal criteriosa.

No tocante aos ventiladores artificiais, a informatização incorporada nessas máquinas permitiu a expansão de suas capacidades de ventilação e de monitorização, bem como de novas interfaces entre ventilador microprocessado e paciente grave, representando como consequência, crescentes desafios no cotidiano da Enfermagem no sentido de planejar cuidados individualizados que supram as necessidades básicas afetadas ou não adequadamente

satisfeitas dos pacientes gravemente enfermos ali internados.

Uma das preocupações mais frequentes na terapia intensiva ao longo do suporte ventilatório invasivo é a prevenção da extubação não planejada, compreendida como a retirada prematura do dispositivo ventilatório pela ação do paciente (auto-extubação) ou, ainda, pela remoção não planejada e não intencional desse dispositivo, seja ele tubo endotraqueal ou traqueostomia, durante o curso da internação e manipulação do paciente grave na unidade de cuidados críticos (extubação acidental).⁴⁻⁵

A extubação acidental ocorre devido à agitação psicomotora do paciente, falta de adequada sedação, inadequada fixação do dispositivo ventilatório,⁶ cuff do tubo orotraqueal furado ou vazio, tração ou peso excessivo dos acessórios do ventilador mecânico, bem como, consequente ao manuseio inadequado do paciente pela equipe multiprofissional, caracterizando, assim, um evento adverso do cuidado. Quando ocorre, há consequências para o paciente em diversos aspectos, pois sempre é necessária a reintubação e, com isso, há um aumento do tempo de ventilação mecânica que gera maior tempo de internação e altos custos hospitalares, maior risco de hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada à ventilação mecânica, trauma de vias aéreas, potencial instabilidade hemodinâmica, arritmias, parada cardiorrespiratória e cerebral, ou mesmo a morte do paciente.³⁻⁵

Entende-se ser necessário que os profissionais de enfermagem saibam lidar com o paciente em ventilação mecânica. Deter o conhecimento dessas tecnologias é fundamental para a qualidade da assistência prestada¹, tendo em vista que os cuidados de enfermagem buscam prevenir complicações associadas ao uso desse suporte invasivo, desde a inserção do tubo endotraqueal pelo médico, estendendo-se aos procedimentos rotineiros de manipulação e aspiração das vias aéreas, banho no leito, mudança de decúbito, transporte do paciente, fixação adequada do dispositivo, dentre outros.'

Apesar da temática da ventilação mecânica invasiva ser bem difundida dentro dos cuidados intensivos e a extubação acidental ser considerada um importante indicador de qualidade do cuidado de enfermagem em terapia intensiva, ainda há pouca reflexão acerca da associação da extubação acidental aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem e às medidas de barreira que impeçam ou limitem este

evento, exercendo nessas circunstâncias um potencial mórbido e iatrogênico.⁵

Os momentos dos cuidados de enfermagem que potencializam o risco de morte na UTI envolvem o banho no leito, a mudança de decúbito e o transporte para a realização de exames do paciente grave em ventilação mecânica, além da troca de fixação do dispositivo ventilatório.^{3,5,7} Entretanto, há outros fatores relacionados às ocorrências iatrogênicas nos pacientes submetidos à ventilação mecânica na UTI, como a inexperiência profissional, falta de atenção e desconhecimento técnico-científico dos integrantes da equipe multiprofissional, quantidade insuficiente de pessoal e problemas inerentes aos materiais e equipamentos utilizados na assistência ao paciente grave, ficando, assim, a evidência de um amplo leque de fatores envolvidos na gênese dessas ocorrências.^{6,8}

A prática dos agentes da enfermagem, muitas vezes, ainda ocorre de forma assistemática devido à resistência em modificar o seu fazer cotidiano, tecnicista e fragmentado, devendo os mesmos se preocupar com a qualidade da assistência prestada ao invés de limitar-se, predominantemente, às demandas do serviço, e que de maneira precipitada pode contribuir para o surgimento de extubações acidentais na UTI. Assim, enquanto líder da equipe de enfermagem e por meio da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro deve assegurar uma prática assistencial adequada e individualizada que gere confiança e segurança no paciente e sua família, fundamentada no conhecimento científico. Porém, para que se tenha uma assistência de enfermagem harmonizada, é necessária a aplicação de uma SAE baseada em uma teoria específica, que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado.⁹⁻¹⁰ Espera-se que este estudo instigue a busca de novas e melhores estratégias assistenciais subsidiadas por um pensamento crítico e reflexivo de enfermagem. Considerando toda essa realidade, este estudo objetivou:

- Investigar os momentos dos cuidados de enfermagem de maior incidência de extubação acidental em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral.

- Descrever as ações preventivas de enfermagem da extubação acidental a partir de relatos dos profissionais de enfermagem e da literatura científica.

MÉTODO

Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem << Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem >> apresentado à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa-PB, Brasil.

Estudo descritivo realizado com profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Geral do Hospital Universitário de João Pessoa-PB, cujos dados foram coletados em agosto de 2010, por meio de um questionário. Os dados foram analisados, condensados e apresentados em uma tabela com frequência simples e percentual, além de uma figura.

Para descrever as ações preventivas de enfermagem da extubação acidental a partir de relatos dos profissionais, elegeu-se como critério de inclusão do estudo, um período de atuação na unidade de cuidados intensivos, maior que seis meses, tomando-se como base para elaboração do instrumento final ou protocolo de cuidados para a prevenção da extubação acidental na UTI Geral do HULW/UFPB, os fundamentos preconizados por vários autores.^{1,3,5-6}

Em atendimento às exigências estabelecidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos¹¹ e na Resolução nº 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem que institui o código de ética dos profissionais de enfermagem¹², o estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB mediante Protocolo CEP/HULW nº 414/10.

RESULTADOS

De acordo com os profissionais de enfermagem, dentre os quais 8 enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem, vale ressaltar que 88,5% (23) deles possuem experiência profissional superior a cinco anos, e 76,9% (20) apresentam uma vivência significativa de mais de seis anos em serviços de cuidados intensivos, demonstrando um adequado nível de maturidade assistencial do grupo.

Tabela 1. Distribuição dos momentos dos cuidados de enfermagem com maior risco de extubação acidental, segundo os profissionais de enfermagem de uma UTI Geral. João Pessoa-PB, 2013.

Momentos do cuidado de enfermagem	n	%
Banho no leito	26	100,0
Mudança de decúbito	24	92,3
Transporte do paciente	11	42,3
Troca de fixação	10	38,5
Mobilização para exames/procedimentos	04	15,4

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos momentos do cuidado de enfermagem com maior incidência de extubação acidental, mais comumente associada aos momentos do banho no leito (100%), mudança de decúbito (92,3%), transporte (42,3%), troca de fixação do dispositivo ventilatório (38,5%) e

mobilização do paciente para exames e/ou procedimentos no leito (15,4%).

A Figura 1 descreve o protocolo de cuidados para a prevenção da extubação acidental na UTI Geral do HULW/UFPB a partir de relatos dos profissionais de enfermagem e de fundamentos preconizados por outros autores.^{1,3,5-6}

Momentos do cuidado de enfermagem	Ações de enfermagem preventivas da extubação acidental
Banho no leito	- Avaliar o estado geral do paciente antes do banho no leito. - Checar nível de sedação e analgesia do paciente. - Investigar nível de consciência e colaboração do paciente para, quando possível, garantir um meio efetivo de comunicação. - Aproximar o VM do leito do paciente. - Checar a fixação e a estabilidade do dispositivo ventilatório. - Verificar a pressão do cuff, mantendo-o insuflado com o volume mínimo de oclusão. - Manter o tubo apoiado por um dos membros da equipe, diferente do executor da técnica do banho. - Retirar o posicionador de cabeça e colocar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça e os ombros na extremidade superior do leito. - Confeccionar um funil com cobertor e impermeável para colocá-lo sob a cabeça do paciente, quando for realizar a higiene do couro cabeludo e cabeça; elevar a cabeça para lavar e enxaguar a nuca e parte posterior; em seguida, elevar a cabeça apoiando em toalha seca após enxágue. - Mobilizar o dispositivo ventilatório com cuidado para a limpeza da cavidade oral com solução de clorexidina 0,12%,¹³⁻¹⁴ e sempre auxiliado. - Soltar o circuito do VM do suporte ou manter as traqueias do respirador apoiadas no mesmo, com uma margem de segurança, durante a higiene do corpo; mudar o paciente para o decúbito lateral em que se encontra o VM para higiene do dorso e glúteos; e, quando necessário, mudar o paciente para o outro lado a fim de completar a higiene dorsal.
Mudança de decúbito	- Investigar nível de consciência e colaboração do paciente para, quando possível, garantir um meio efetivo de comunicação. - Checar a fixação e a estabilidade do dispositivo ventilatório. - Aproximar o VM do leito do paciente. - Soltar os circuitos do VM do suporte. - Abaixar a cabeceira. - Apoiar as traqueias do VM no próprio braço do funcionário. - Elevar o paciente no leito e, nesse momento, manter os olhos no dispositivo ventilatório. - Evitar o tracionamento do dispositivo ventilatório com os circuitos do VM durante o manuseio do paciente. - Lateralizar o paciente em 30° mantendo a cabeça apoiada no posicionador. - Elevar logo a cabeceira. - Fixar os circuitos no suporte do VM com folga para que, caso ocorra deslocamento do paciente no leito, o dispositivo ventilatório não sofra tração do circuito. - Atentar para que as traqueias do VM não fiquem presas às grades laterais da cama. - Promover adequada contenção física (restrição de punhos) do paciente, quando indicada.
Transporte do paciente	- Investigar nível de consciência e colaboração do paciente para, quando possível, garantir um meio efetivo de comunicação. - Garantir adequada sedação e/ou analgesia pré-transporte conforme os protocolos clínicos da unidade. - Realizar transferência do paciente do leito para a maca com o auxílio de pelo menos três funcionários. - Fixar e pinçar o cateter vesical, além de fixar os drenos e pinçar aqueles que não apresentem fuga aérea. - Reduzir ao máximo o número de bombas infusoras. - Checar a fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o

	respirador de transporte, o reanimador de Muller ou o dispositivo bolsa-válvula juntamente com o torpedão de oxigênio. - Transferir todos os sistemas de monitorização do paciente para o monitor do setor de imediato, e trocar o respirador de transporte, o reanimador de Muller ou o dispositivo bolsa-válvula pelo VM do setor, avaliando adaptação do paciente por cinco minutos. - Simular a entrada do paciente no aparelho de ressonância ou tomografia, se for realizar um exame de imagem, para se ter a ideia exata da necessidade do comprimento das traqueias do respirador dentro desses aparelhos.
Procedimentos no leito	- Checar nível de sedação e analgesia do paciente. - Investigar nível de consciência e colaboração do paciente para, quando possível, garantir um meio efetivo de comunicação. - Checar a fixação e a estabilidade do dispositivo ventilatório. - Aproximar o VM do leito do paciente. - Evitar o tracionamento do dispositivo ventilatório com os circuitos do VM durante o posicionamento do paciente para exames diagnósticos, como radiografia de tórax, broncoscopia, endoscopia digestiva alta e baixa, toracocentese, toracotomia, dentre outros.
Troca de fixação	- Checar nível de sedação e colaboração do paciente e, quando necessário, pedir ajuda para manter o tubo estabilizado. - Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevado e avaliar a insuflação do cuff. - Manter o guia do balonete lateralizado e visível. - Retirar o dispositivo de fixação oral de tubo endotraqueal. Caso necessite do auxílio de tesoura ao se dispor de cadarço para fixação, tomar cuidado para não cortar o balonete piloto do cuff. - Manter uma das mãos no tubo endotraqueal e esta apoiada no mento do paciente com a finalidade de não perder o ponto de apoio durante o procedimento. - Inspeccionar a cavidade oral e promover adequada higiene com solução de clorexidina 0,12%,¹³⁻¹⁴ além de fazer retoque na barba, caso necessário. - Limpar, secar e remover quaisquer resíduos oleosos da pele do paciente antes de aplicar um novo dispositivo de fixação oral de tubo endotraqueal. Porém, ao refixar o tubo orotraqueal com cadarço, confeccionar uma trança para apoiá-la na metade do sulco nasolabial e, em seguida, passar as extremidades do cadarço por cima das orelhas, amarrando-as na bochecha, e cortar o excedente. - Respeitar o posicionamento centralizado do tubo orotraqueal e a sua numeração ao nível da comissura labial do paciente.

Figura 1. Protocolo de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. João Pessoa-PB, 2013.

DISCUSSÃO

Ao ter em vista que a extubação acidental constitui um evento adverso do cuidado em diversas instituições hospitalares, percebe-se a importância da sistematização das ações de enfermagem na sua efetiva prevenção durante o manejo do paciente gravemente enfermo, nas mais variadas situações inerentes ao processo do cuidar. Quando ela ocorre, há consequências¹ tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional em diversos aspectos, principalmente por ter o seu trabalho aumentado, e o paciente, conseqüentemente, tem grandes chances de ter a sua alta postergada.

Ao partir dessa concepção, elaborou-se um protocolo de cuidados intensivos de enfermagem como estratégia destinada a limitar a ocorrência da extubação acidental nos momentos do banho no leito, mudança de decúbito, transporte intra ou inter-hospitalar, troca de fixação do dispositivo ventilatório e mobilização do paciente para exames e/ou procedimentos no leito da UTI Geral do HULW/UFPB.

Ressalta-se que o banho no leito representa um problema inquietante vivenciado nas unidades de cuidados críticos,

onde os pacientes dependem parcial ou totalmente da equipe de enfermagem para o atendimento de suas necessidades básicas de cuidado corporal, integridade física, regulação vascular e/ou térmica. Mesmo sendo intensivamente abordado na graduação e a sua padronização banalizada pelos profissionais de enfermagem, a técnica do banho no leito no paciente intubado requer habilidades adicionais e domínio da mecânica ventilatória,³ pois um movimento de cabeça brusco ou excessivo em um paciente acamado, muitas vezes sedado, pode acarretar em extubação inadvertida.

Para que se possa constituir em uma ação terapêutica que proporcione conforto, previna aquisição de microrganismos multirresistentes e infecções,¹⁵ preserve a integridade da pele e, ainda, ative a circulação, tem-se recomendado que a técnica do banho seja realizada em cinco etapas distintas: higiene do couro cabeludo; higiene do rosto e boca; higiene da genitália; higiene das mãos e higiene do corpo, estando esta sequência voltada para manter temperatura corpórea, preservar a privacidade do paciente e minimizar a possibilidade de eventos adversos, como a extubação acidental.^{3,5}

Do ponto de vista profissional, a mudança de decúbito é uma das medidas mais importantes dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão. Entretanto, esse procedimento requer habilidade pelo fato do paciente grave não se encontrar sozinho no leito, estando acompanhado de conexões e equipamentos que o mantém vivo; e qualquer desposicionamento de algum acessório pode representar prejuízos no seu tratamento ou mesmo levá-lo à morte, sendo de extrema importância realiza-lo sempre acompanhado por mais de uma pessoa, no intuito de prevenir a extubação acidental.^{3,5}

No que tange ao procedimento de mudança de decúbito, embora a literatura perceba a contenção física como um dos fatores que podem ter influência na extubação não planejada,⁴ entende-se que a restrição de punhos em um paciente que se encontra em decúbito dorsal ou lateralizado, com baixos níveis de sedação, caracteriza uma medida que busca limitar a remoção precoce de dispositivos imprescindíveis ao seu tratamento e ameaçadores à sua vida, como o tubo orotraqueal (auto-extubação).

Apesar da disponibilidade dos modernos recursos à beira do leito na UTI, é imprescindível a submissão de pacientes graves ao transporte intra-hospitalar¹⁶ para a realização de exames complementares ou intervenções terapêuticas no centro cirúrgico e serviço de hemodinâmica. O transporte inter-hospitalar, por sua vez, acontece diante da necessidade de maiores recursos humanos, diagnósticos, terapêuticos e de suporte avançado de vida para o paciente, não disponíveis na instituição de saúde de origem. Entretanto, algumas medidas preventivas relacionadas a esse transporte, seja interno ou externo, consistem em se dispor de uma equipe multiprofissional treinada (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e/ou fisioterapeuta), um bom planejamento da ação e uso de equipamentos confiáveis, visto que se trata de pacientes com grandes chances de alterações cardiorrespiratórias importantes que devem ser prontamente identificadas e resolvidas (variação da frequência cardíaca, respiratória e de níveis pressóricos, diminuição da saturação de oxigênio medida pela oximetria de pulso, dentre outros).^{5,16}

A mudança do paciente da cama para a maca é um momento de risco e devem ser tomados cuidados com a estabilidade do dispositivo ventilatório. Todavia, as extubações acidentais ocorrem quando o paciente encontra-se dentro da sala de exames e fora do controle da equipe

multiprofissional,³ sendo importante a disponibilidade de dispositivo bolsa-válvula-máscara; torpêdo de oxigênio cheio, com válvula redutora; fluxômetro com bico para oxigênio; extensor de silicone; maleta de transporte contendo material para (re)intubação e medicações de emergência; além de monitor de transporte, oximetria de pulso e eletrocardiograma.

A manutenção desses pacientes na UTI com via aérea artificial, apesar de constituir uma prática segura, não está isenta de riscos. É de responsabilidade da enfermagem e da fisioterapia, a adequada observância de alguns detalhes básicos em relação à permeabilidade do tudo orotraqueal, técnica segura para sua fixação e profilaxia da extubação não planejada, as quais podem exercer um potencial mórbido e iatrogênico.¹⁷ Em relação aos cuidados com a troca de fixação do tubo ou cânula endotraqueal pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, apesar de simples, este procedimento não pode ser considerado banal mediante a necessidade de embasamento científico e conhecimento da práxis para exercer tal ato.²⁻³ Além disso, o tubo orotraqueal deve ser mantido centralizado independente do material ou método utilizado para a sua estabilização, promovendo uma distribuição homogênea da pressão do balonete (cuff) na traquéia.³

Na maioria dos exames ou procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados à beira do leito nos pacientes graves sob ventilação mecânica (radiografia de tórax, broncoscopia, endoscopia digestiva, toracocentese e/ou toracotomia, punção venosa central, dentre outros), a equipe de enfermagem sempre intervém com competência, habilidade e atitude para auxiliar outros profissionais, otimizando a realização dos mesmos. Todavia, ao tempo em que esses pacientes são manuseados junto aos circuitos e acessórios neles já conectados, como traqueias e suporte do ventilador artificial, tubo ou cânula endotraqueal, cabos de monitorização, cateteres e drenos diversos, todos os profissionais que oportunamente promovam o cuidado intensivo devem ter em mente que todo esse aparato interligado compreende uma extensão dos próprios pacientes, requerendo o mesmo nível de atenção e respeito.

CONCLUSÃO

O banho no leito, a mudança de decúbito, o transporte do paciente, a troca de fixação do dispositivo ventilatório e a mobilização do paciente para prepará-lo para exames e/ou

procedimentos à beira leito representam os momentos dos cuidados de enfermagem em que os pacientes se apresentam mais vulneráveis à extubação acidental quando internados em unidades de cuidados intensivos.

Diante do alto grau de incorporação tecnológica, a UTI tornou-se um local bastante complexo e dinâmico devido à imperiosa necessidade do uso de máquinas e instrumentos de suporte a vida, como os ventiladores mecânicos. Nesse cenário, a responsabilidade de monitorização e contínuo controle das condições clínicas do paciente grave recai sobre os próprios enfermeiros, líderes de equipes, respaldando a necessidade da implementação por toda essa equipe de medidas de prevenção durante o cuidado de enfermagem nesses momentos de maior incidência de extubação acidental, tendo em vista que as chances de reintubação são bem maiores nesses pacientes do que naqueles que se auto-extubam.

É pertinente destacar que o nível de sedação dos pacientes criticamente enfermos, o adequado uso de dispositivos para fixação do tubo ou cânula endotraqueal, a proporção de pessoal de enfermagem por paciente grave e a experiência profissional em cuidados intensivos constituem fatores importantes que limitam a ocorrência desse importante indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

1. Rangel ACS, Cruz ICF. Accidental extubation prevention associated to nursing care to high complexity patients in intensive therapy unit - systematic literature review. J Specialized Nurs Care [Internet]. 2010 July [cited 2013 May 07];3(2). Available from: <http://www.uff.br/jnsicare/index.php/jnsicare/article/view/2242/493>
2. Gomes GPLA, Rezende AAB, Almeida JDP, Silva IL, Beresford H. Nursing care for patients with orotracheal tube: evaluation performed at intensive care unit. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2009 Oct-Dec [cited 2013 May 08];3(4):20-5. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/88/pdf_943
3. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 Jan-Feb [cited 2013 May 08];60(16):106-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100021

4. Curry K, Cobb S, Kutash M, Diggs C. Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. Am J Crit Care [Internet]. 2008 Jan [cited 2013 May 08];17(1):45-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18158389>.
5. Castellões TMFW, Silva LD. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 July-Aug [cited 2013 May 08];62(4):540-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400008.
6. Birkett KM, Southerland KA, Leslie GD. Reporting unplanned extubation. Intensive Crit Care Nurs [Internet]. 2005 Apr [cited 2013 May 08];21(2):65-75. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15778070>.
7. Castellões TMFW, Silva LD. Resultados da capacitação para a prevenção da extubação acidental associada aos cuidados de enfermagem. Rev Min Enf [Internet]. 2007 Apr-Jun [cited 2013 May 08];11(2):168-75. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/331>.
8. Moreira RM, Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas com pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enf [Internet]. 2001 May-Aug [cited 2013 May 08];14(2):9-18. Available from: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:z2tT1iey37MJ:bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/%3FIsisScript%3Diah/iah.xis%26src%3Dgoogle%26base%3DLILACS%26lang%3Dp%26nextAction%3Dlnk%26exprSearch%3D313690%26indexSearch%3DID+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-a>
9. Ramalho Neto JM, Bezerra PAPL, Nóbrega MML, Soares MJGO, Fernandes MGM. Nursing assistance systematization: terms, theoretical referential and phases of nursing process. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 May 09];6(11):2617-24. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2948/pdf_1584
10. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2013 May 08];43(1):54-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007

11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS-196/1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): CNS; 1996.
12. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. [cited 2013 May 09]. Available from: http://www.novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-3112007_4345.html
13. Brito LFS, Vargas MAO, Leal SMC. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 May 08]; 28(3):359-67. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4682/0>.
14. Orlandini GM, Lazzari CM. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 May 08]; 33(3): 34-41. Available from: <https://www.google.com/settings/u/0/ads/preferences>.
15. Climo MW, Yokoe DS, Warren DK, Perl TM, Bolon M, Herwaldt LA, et al. Effect of daily chlorhexidine bathing on hospital acquired infection. N Engl J Med [Internet]. 2013 [cited 2013 May 08]; 368:533-42. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1113849>.
16. Zuchelo LTS, Chiavone PA. Transporte intra-hospitalar de pacientes sob ventilação invasiva: repercussões cardiorrespiratórias e eventos adversos. J Bras Pneumol [Internet]. 2009 [cited 2013 May 08];35(4):367-74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000400011.;
17. Richmond AL, Jarog DL, Hanson VM. Unplanned extubation in adult critical care: quality improvement and education payoff. Crit Care Nurse [Internet]. 2004 [cited 2013 May 08];24(1):32-7. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/24/1/32.full>.



Submissão: 14/06/2013

Aceito: 02/10/2014

Publicado: 01/11/2014

Correspondência

José Melquiades Ramalho Neto
 Rua Zélia Medeiros de Araújo, 95
 Residencial Araxá
 Bairro Jd Cidade Universitária
 CEP 58051-825 – João Pessoa (PB), Brasil