

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO PARA A DIMINUIÇÃO DA EXTUBAÇÃO ACIDENTAL EM PACIENTES ADULTOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ruy Roberto Amorim Filho

EDITADO POR
Edson Silva-Filho

REVISADO POR
Donato Braz Junior

RECEBIDO: 10 de Novembro de
2024

ACEITO: 13 de Novembro de
2024

PUBLICADO: 16 de Novembro de
2024

COPYRIGHT

© 2024. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CCBY). O uso, distribuição ou reprodução em outros fóruns é permitido, desde que o(s) autor(es) original(is) e o(s) proprietário(s) dos direitos autorais sejam creditados e que a publicação original neste periódico seja citada, de acordo com a prática acadêmica aceita. Não é permitido uso, distribuição ou reprodução que não esteja em conformidade com esses termos.

RESUMO

Este estudo/trabalho tem por finalidade abordar a importância dos cuidados de enfermagem no processo de extubação em pacientes em unidades de terapia intensiva, enfatizando a prevenção de extubação acidentais e complicações associadas, como infecções e eventos adversos. Com base em pesquisas bibliográficas e práticas clínicas, são discutidos os protocolos e rotinas de cuidado que auxiliam na segurança do paciente, além das competências técnicas e científicas exigidas dos profissionais de enfermagem para garantir a eficácia do procedimento e a qualidade da assistência. A pesquisa destaca como principal objetivo o impacto da extubação mal realizada e a necessidade de intervenções preventivas específicas. A fim de concluir esta análise, foi necessário um levantamento de dados com um método integralmente realizado de forma independente e de maneira online por meio dos dispositivos e similitudes disponíveis em plataformas, prisma, biblioteca virtual e uma abordagem criteriosa na seleção de autores especialistas no tema em questão a fim de dispor das melhores técnicas ao realizar uma extubação no paciente que se encontra na UTI, a fim de prover melhores resultados. Concluindo-se, portanto, que a adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem é um fator determinante, essencial e primordial para a qualidade e a segurança do atendimento na UTI a todos os pacientes.

Palavras-Chave: Enfermagem, Extubação, Unidade de Terapia Intensiva, Complicações Respiratórias, Segurança do Paciente.

ABSTRACT

This study/work aims to address the importance of nursing care in the extubation process in patients in intensive care units, emphasizing the prevention of accidental extubation and associated complications, such as infections and adverse events. Based on bibliographical research and clinical practices, care protocols and routines are planned that assist in patient safety, in addition to the technical and scientific skills performed by nursing professionals to guarantee the effectiveness of the procedure and the quality of care. The research highlights as its main objective the impact of poorly performed extubation and the need for specific preventive interventions. To complete this analysis, it was necessary to collect data with a method entirely carried out independently and online through the devices and similarities available on platforms, prism, virtual library and a careful approach in the selection of specialist authors on the topic in question. in order to have the best techniques when performing an extubation on a patient in the ICU, in order to prove better results. Concluding, therefore, that the adequacy of the size of the nursing team is a determining, essential and primordial factor for the quality and safety of care in the ICU for all patients.

Keywords: Nursing, Extubation, Intensive Care Unit, Respiratory Complications, Patient Safety

INTRODUÇÃO

Este Artigo Científico tem como pertinência a abordagem das atribuições do enfermeiro na extubação acidental no âmbito da UTI, uma vez que a equipe de enfermagem é a responsável pelo acompanhamento dos pacientes de forma ininterrupta e contínua.

Trata-se de um estudo, de uma análise, supervisão/vigilância da equipe da área de saúde, dos protocolos a serem seguidos, dos principais fatores de risco e de uma má realização técnica da extubação, bem como suas principais consequências na vida e na saúde do paciente.

É de suma relevância este estudo, uma vez que permite o desenvolvimento para melhorias da técnica de extubação, uma melhora na qualidade de atendimento e assistência ao paciente e a sua respectiva família, além do aprimoramento da capacitação dos profissionais de enfermagem. Ademais, traz uma reflexão acerca da qualidade e do cuidado no âmbito da UTI. Corroborando, Jesus et al. (2021), relatam sobre a importância da realização dos cuidados de enfermagem objetivando a prevenção das IRAS, como a pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), e mencionam que quando se comparam os casos de extubações não planejada com as demais complicações respiratórias, o incidente apresenta menor incidência.

Esta análise tem como foco principal: o enfermeiro e a equipe multiprofissional, pois estes devem gerar confiança e segurança ao paciente e a sua família a fim de contribuir com a evolução do paciente, prevenção de complicações clínicas e redução do tempo do paciente na UTI.

O presente estudo tem como objetivo definir as melhores técnicas para uma extubação, bem como as atribuições do profissional de enfermagem na realização dos cuidados, prevenção, supervisão e vigilância ao paciente no ambiente da UTI. Ademais, tem como objetivo apontar as consequências da retirada de uma extubação acidental ou não planejada ao paciente adulto na unidade de terapia intensiva, além dos prejuízos, consequências e riscos do manejo incorreto de uma extubação.

REFERENCIAL TEÓRICO

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA EXTUBAÇÃO DE PACIENTES.

A enfermagem é importante na extubação de pacientes por vários motivos, incluindo: a prevenção de extubações acidentais, uma vez que o enfermeiro pode monitorar o paciente, identificar fatores de risco, realizar ações como trocar a fixação do dispositivo ventilatório, verificar a pressão do cuff, avaliar a potência do dispositivo e aplicar protocolos para prevenir extubações

não planejadas. Ademais, o enfermeiro é quem monitora os sinais vitais do paciente e avalia constantemente seu estado de saúde.

Os cuidados que devem ser ofertados pela equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva para manutenção e posterior extubação planejada, precisam ser organizados e guiados por protocolos e rotinas a fim de garantir a segurança dos pacientes e a qualidade, visando principalmente a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e as demais complicações. Através de procedimentos como a antisepsia das mãos antes e após a realização de procedimentos, aspiração das vias aéreas, higienização oral com gluconato de clorexidina a 0,12%, discussão do caso clínico com a equipe multiprofissional, monitorização da sedoanalgesia e do estado neurológico, monitorização da temperatura corporal, do estado hemodinâmico e respiratório, aplicação do teste de respiração espontânea e tosse, posicionamento adequado do paciente no leito, em fowler ou semi-fowler, monitoramento da pressão do Cuff do tubo orotraqueal, manutenção do jejum antes da extubação e a umidificação das vias aéreas depois da extubação (EZEAGU; RIBEIRO, 2019).

Corroborando, Jesus et al. (2021), relatam sobre a importância da realização dos cuidados de enfermagem objetivando a prevenção das IRAS, como a pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), e mencionam que quando se comparam os casos de extubações não planejada com as demais complicações respiratórias, o incidente apresenta menor incidência.

CONSEQUÊNCIAS DE UMA MÁ EXTUBAÇÃO REALIZADA. OS PREJUÍZOS E OS RISCOS NA SAÚDE DO PACIENTE.

A extubação é um evento adverso prevenível, então é importante que a equipe de enfermagem tenha conhecimento técnico científico e habilidades específicas para o desempenho do cuidado ao paciente na realização da técnica realizada a fim de não causar risco à saúde do paciente.

Além disso, é fundamental a utilização de um protocolo como ferramenta para prevenir a extubação acidental, principalmente durante os procedimentos mais comuns como banho no leito, mudança de decúbito, transporte do paciente, troca de fixação do dispositivo ventilatório, aspiração de vias aéreas e agitação neurológica possibilita desobstruir, proteger contra aspirações, remover secreções e favorecer a instituição de métodos de ventilação (SILVA, 2003 *apud* CASTELLÕES, SILVA, 2007).

De acordo com Giovanna Mercado Torres, na pesquisa científica “Cuidados para prevenção de extubação não planejada: análise da validade do conteúdo de um instrumento”:

“[...] Entende-se como EA a ocorrência de incidentes que resultem em danos ao paciente, decorrentes do cuidado prestado, e não atribuídos à evolução natural da doença de base, como, por exemplo, lesões por pressão, flebites, quedas e extubação não planejada (ENP). Neste meandro, a ENP é definida pela remoção prematura do tubo orotraqueal (TOT) por ação do paciente mecanicamente ventilado (autoextubação), ou remoção prematura durante cuidados médicos e de enfermagem (extubação acidental), como nas situações de banho, transporte intra ou extra-hospitalar, mudança de decúbito e troca da fixação do TOT. Nesse sentido, um instrumento de cuidados para prevenção de ENP foi construído sob três pontos principais: cuidados com o TOT (comprimento apropriado, fixação segura, verificação de posição regular e resposta rápida ao deslocamento), sedação (escolha apropriada e profundidade) e testes espontâneos de despertar e respiração [...]”

As complicações da extubação acidental são maiores quando a retirada do dispositivo ventilatório, ocorre durante o cuidado de enfermagem em pacientes com estímulo respiratório diminuído, por sedação ou lesões neurológicas, pois podem levar à rápida retenção de CO² e diminuição de oxigênio (O²). Além disso, pode causar complicações graves aos pacientes, como: hipoxemia, atelectasia, pneumonia associada à ventilação mecânica, arritmias, instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e a morte.

PROTOSCOLOS PARA A PREVENÇÃO DE EXTUBAÇÃO NÃO PLANEJADA. MELHORES TÉCNICAS A SEREM UTILIZADAS PELO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.

As condutas de enfermagem preventivas da extubação no momento da higiene do couro cabeludo e cabelos são: a) Checar a fixação e estabilidade do dispositivo ventilatório, b) Manter o tubo apoiado por um dos membros da equipe diferente do executor da técnica, c) Aproximar o paciente para a beira da cama, d) Retirar o posicionador de cabeça e apoiá-la em um travesseiro impermeável, e) Elevar a cabeça para lavar e enxaguar a nuca e parte posterior, f) Elevar a cabeça apoiando em toalha seca após enxague. As condutas de enfermagem referentes à higiene oral e rosto são as mesmas acrescidas de mobilizar o dispositivo ventilatório para a limpeza da língua com cuidado e sempre auxiliado.

Já para a higiene do corpo se preconiza no momento do banho: a) Mudar o paciente para o decúbito lateral (lado em que se encontra o respirador) para higiene do dorso e glúteos, b) Colocar o

paciente na balança para pesagem e c) Mudar o paciente para o outro lado a fim de completar a higiene dorsal se necessário (FERREIRA, LIMA e BRITTO, 2018).

Visando a diminuição e prevenção da ocorrência das ENP, Pontes, Gardenghi e Capucho (2017), afirmam que se faz necessário realizar a vigilância constante dos pacientes e aplicação diária de protocolos/instrumentos. Torres et al. (2021), construiu através do seu estudo um protocolo para prevenção de extubação não planejada com auxílio de enfermeiros, especialistas, doutores e mestres em UTI, brasileiros e estrangeiros, onde a versão brasileira do instrumento apresenta intervenções com níveis de evidência de moderado a alto, com força de recomendação forte, sendo dividido em 4 componentes e 17 intervenções, os componentes são compostos pela gestão da agitação, delirium e dor, estabilidade do dispositivo respiratório, desmame da sedação e avaliação da respiração espontânea e gestão de recursos humanos.

Segundo Ortega et al. (2017), as condições clínicas mais graves, com valores elevados na escala APACHE II, instrumento no qual avalia-se a gravidade do paciente, apresentaram maior predisposição para a ocorrência de eventos adversos, exigindo maiores cuidados e tempo de assistência da enfermagem. Porém, notou-se que na unidade hospitalar do estudo e em outras, os critérios mínimos para o dimensionamento do pessoal de enfermagem recomendados pela RDC nº 543 de 2017 do conselho federal de enfermagem – COFEN não foram atendidos.

A Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 543 do COFEN (2017), dispõe sobre o cálculo e parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições onde as atividades da categoria são ofertadas. Preconizando o dimensionamento mínimo para o atendimento de enfermagem na UTI utilizando-se do Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), o qual avalia a dependência do paciente em relação a equipe de enfermagem, onde 52% do quadro de profissionais devem ser compostos por enfermeiros, com proporção de 1 profissional da equipe de enfermagem para cada 1,33 pacientes e atendimento mínimo diário de 18 horas por paciente.

Existe uma provável correlação entre o tempo dispendido de assistência do enfermeiro na UTI e o risco de desenvolvimento de EA, pois, quanto maior o tempo de assistência do enfermeiro ao paciente, menores serão as chances de ocorrência. Verificou-se que as instituições hospitalares estudadas atendiam somente aos requisitos de dimensionamento e tempo diário dispendido de assistência de enfermagem por paciente da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26/2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cumprindo as 14,4 horas diárias de atendimento de enfermagem por paciente e a proporção mínima de 16,6% de enfermeiros para

83,3% técnicos de enfermagem. Entretanto, quando se compara com as recomendações mínimas da Resolução COFEN nº 543 de 2017, a orientação de 18 horas diárias de assistência da equipe de enfermagem por paciente é cumprida em algumas instituições, mas, o dimensionamento de 52% de enfermeiros para 48% de técnicos de enfermagem apresenta deficit em todas as UTIs estudadas (GARCIA; TRONCHIN; FUGULIN, 2018; ASSIS et al., 2021).

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2016), a alteração unilateral, sem a consulta das entidades de classe, realizada pela ANVISA da RDC nº 7 de 2010 pela RDC nº 26 de 2012 é um retrocesso, pois aumenta a carga de trabalho da equipe de enfermagem e põe em risco a segurança dos pacientes, pois aumentou-se o número de pacientes por enfermeiros de 1/8 para 1/10 pacientes ou fração, sendo o ideal 1/5 por turno e, suprimiu a exigência de um técnico para serviços de apoio assistencial.

MÉTODO

O propósito deste estudo consiste em analisar as melhores técnicas de extubação a serem realizadas a fim de não comprometer a saúde do paciente no âmbito da UTI. Trata-se de uma pesquisa/análise de caráter descritivo e qualitativo acerca da importância do profissional de enfermagem capacitado, de forma a seguir protocolos e regulamentos da área de saúde na realização do manuseio correto do paciente a fim de não ocorrer uma extubação acidental e arriscar a vida e saúde da pessoa que utiliza os serviços hospitalares.

O público-alvo do estudo são os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, tendo o levantamento de dados desta pesquisa sido realizado de forma independente e de maneira online. Foram utilizados descritores para as buscas mais simples e seus respectivos sinônimos para a busca sensibilizada, por meio da disponibilização de sites de livre acesso em geral a fim de encontrar os melhores autores especialistas em cuidados intensivos e respectivas obras ao qual tratassem sobre o tema presente; juntamente com a pesquisa de títulos de artigos científicos similares no Google e Firefox e, após fazer a seleção dos livros, foi utilizado a plataforma Biblioteca Virtual para aprofundar o conteúdo, além da leitura de toda a íntegra das obras similares publicadas no Prisma por outros estudantes e profissionais, bem como também utilizando os operadores booleanos com palavras-chave “extubação”, “enfermagem e técnica de extubação”, “pacientes e riscos de uma extubação acidental” e outros sinônimos, com o objetivo de iniciar e delimitar o tema da pesquisa, em periódicos relacionado ao assunto em estudo.

Após toda a seleção do conteúdo, a análise de dados foi conduzida a fim de obter todas as informações relevantes da pesquisa presente quanto às melhores técnicas de extubação para o paciente da UTI, bem como seus prejuízos de consequências de uma técnica acidental, sendo esta abordagem ter sido realizada através de um estudo estratégico e analisado de forma criteriosa para lograr êxito da análise abordada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermagem é uma profissão da área de saúde, detentora de autonomia, que realiza suas práticas clínicas orientadas por preceitos éticos, legais e bioéticos com embasamento técnico-científico, teórico-filosófico e através das práticas baseadas em evidências. O enfermeiro é o profissional responsável pelos cuidados de saúde e da melhoria na qualidade de vida das pessoas, atuando na promoção da saúde, prevenção de agravos e na reabilitação da saúde do paciente (COFEN, 2017).

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um ambiente onde os profissionais da equipe de enfermagem devem possuir aptidão técnico-científica e serem minimamente dimensionados de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 26/2012 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), para que possam proporcionar qualidade e segurança aos seus clientes, pois lidam com pacientes em situações de alta complexidade, com risco iminente de evoluir para o óbito e que necessitam de maiores cuidados da enfermagem. Esses profissionais trabalham em um ambiente com elevada carga de trabalho o qual requer uma boa qualificação profissional por existir e exigir no setor, acima de tudo, especialização e maior concentração de tecnologias (COFEN, 2020). Na enfermagem, a extubação é o procedimento de retirar o tubo endotraqueal, ou seja, a via aérea artificial do paciente.

Existem diferentes 2 tipos de extubação, como: *extubação orotraqueal eletiva*, aquela que é um conjunto de procedimentos que removem o tubo orotraqueal de forma programada, sendo uma etapa importante na recuperação do paciente. Por outro lado, há também a *extubação paliativa*, é o processo de retirada da ventilação mecânica quando o conforto do paciente é a prioridade.

A extubação é considerada bem-sucedida quando o paciente permanece fora da ventilação mecânica por mais de 48 horas. Quando o paciente não consegue ficar sem a ventilação mecânica antes de 48 horas, é considerada uma falha de extubação.

Por vezes, na unidade de terapia intensiva, ocorrem os chamados eventos adversos (EA) que são incidentes evitáveis e inesperados que resultam em diversos prejuízos ao paciente, como o

surgimento de lesões por pressão (LPPs), queda do paciente do leito, infecções relacionadas à assistência e à saúde (IRAS), perda do acesso venoso central, perda de sondas enterais, extubação não planejada e entre outros que acarretarão no aumento do tempo de internação, maior exigência de cuidados, maiores custos financeiros, agravamento do estado geral do paciente e em mortalidade. Os EA podem estar associados à qualificação dos profissionais, sobrecarga de trabalho ou deficit de profissionais de enfermagem refletindo na qualidade ou na falta de cuidados prestados aos pacientes (ASSIS et al., 2022). A extubação acidental é quando o dispositivo ventilatório se desloca, podendo ou não causar complicações ou dificuldades respiratórias imediatas ao paciente.

Pontes, Gardenghi e Capucho (2017), referem que a extubação não planejada é considerada um grave evento adverso que acomete os pacientes internados na UTI, que acarreta em diversos malefícios e riscos para a saúde dos mesmos, podendo decorrer por defeitos no cuff do tubo endotraqueal, pela própria autoextubação inconsciente ou pela retirada do tubo endotraqueal pelos profissionais da equipe de saúde de forma precoce e acidental no decorrer da realização de algum procedimento ou durante a manipulação do paciente.

COMO REALIZAR A MUDANÇA DE DECÚBITO DO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA.

Um paciente crítico na unidade de terapia intensiva, realiza mudanças de decúbito em sua maioria de duas em duas horas. Esse procedimento requer habilidade, pois o paciente crítico não está sozinho no leito, está acompanhado de equipamentos que o mantêm vivo e caso ocorra a mudança de posicionamento de algum acessório pode representar a morte, morbidade ou prejuízo no tratamento (DOPICO, CASTELLÕES, 2006).

Algumas técnicas essenciais a serem realizadas pelo profissional de enfermagem:

- a) Manter a cabeceira elevada evita a pneumonia associada à ventilação mecânica, o que diminui o tempo de internação;
- b) A visualização de todos os extensores que saem do paciente crítico e o mantêm vivo;
- c) Checar a fixação do dispositivo ventilatório; a seguir soltar o circuito do respirador do suporte; logo depois baixar a cabeceira e apoiar as traquéias do respirador no próprio braço do funcionário;
- d) Deve-se elevar o paciente no leito e neste momento manter os olhos no dispositivo ventilatório, lateralizar a 30° o paciente mantendo a cabeça apoiada no posicionador, logo elevar cabeceira e fixar o circuito no suporte do respirador com folga para que

caso ocorra deslocamento do paciente no leito, o dispositivo ventilatório não sofra tração do circuito.

A tração do circuito do respirador durante elevação da cama e a perda da centralização da cabeça são os momentos onde mais ocorrem as extubações acidentais.

COMO REALIZAR O TRANSPORTE DO PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA.

O transporte interno do paciente em uso de ventilação mecânica deve considerar a necessidade do seguinte material caso ocorra alguma emergência: ambú com reservatório de O₂ e extensor de látex, fluxômetro com bico para oxigênio; bala de O₂ cheia, com válvula redutora; maleta de transporte contendo material para intubação e medicações de emergência; monitor de transporte com pressão invasiva e não invasiva, oximetria de pulso, eletrocardiograma; respirador de transporte com carregador.

O transporte interno para outro setor do hospital deverá ser feito considerando-se as seguintes recomendações: contactar a unidade de destino informando a complexidade do paciente. A seguir transferir todos os sistemas de monitorização do paciente para o monitor de transporte e adaptá-lo ao leito e manter os cateteres venosos e arteriais com fluxo contínuo.

Recomenda-se retirar todas as medicações possíveis para reduzir o número de bombas de infusão e posicionar as bombas de infusão no suporte da cama. Deve-se certificar da sedação e analgesia pré-transporte. Lembrar de fixar e pinçar o cateter vesical além de fixar os drenos e pinçar aqueles que não apresentem fuga aérea. Checar fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o respirador de transporte e a bala de oxigênio.

A seguir trocar o respirador do leito pelo de transporte e avaliar adaptação do paciente por cinco minutos, estando tudo bem transportar o paciente. Já no setor de destino passar o paciente para o leito; transferir todos os sistemas de monitorização do paciente para o monitor do setor e trocar o respirador de transporte pelo do setor e avaliar adaptação do paciente por cinco minutos.

Quando o transporte é para a realização de exames atentar para características destes locais. Se for para realizar uma tomografia deve-se transferir o respirador da bala de O₂ para o ponto de oxigênio da sala de tomografia assim como, transferir as soluções venosas e arteriais do suporte da cama para o suporte da sala de tomografia. Passar o paciente da cama para a maca do tomógrafo com o auxílio do técnico de enfermagem da sala de exame.

Será necessário posicionar o monitor de transporte e o respirador na parte inferior da maca do tomógrafo. Deve-se simular com o técnico de radiologia a entrada do paciente no aparelho de

tomografia e então checar a adaptação do paciente ao respirador, a sedação e a fixação do dispositivo após o qual poderá se iniciar exame.

Se o transporte for para a sala de Ressonância magnética deve-se trocar do lado de fora da sala, o respirador de transporte pelo respirador da ressonância. Nesse momento checar adaptação e sedação do paciente. Trocar o suporte das soluções pelo suporte da sala de exame e passar o paciente para a maca da ressonância. Entrar na sala de ressonância e fixar o paciente à maca e checar fixação do tubo endotraqueal. Deve-se simular a entrada do paciente no aparelho de ressonância para se ter à ideia exata da necessidade do comprimento das traqueias do respirador dentro da ressonância (DOPICO, CASTELLÕES, 2006).

COMO REALIZAR A TROCA DE FIXAÇÃO DO DISPOSITIVO VENTILATÓRIO

Na padronização da troca de fixação, se recomenda o emprego do seguinte material fixador de tubo endotraqueal (adesivo ou cadaço) ou fixador de traqueostomia, tesoura, solução para desengordurar a pele (água com sabão, álcool a 70% se o paciente não tiver lesão de pele), solução para proteção da pele (benjoim ou Cavilon^R), lâmina para fazer a barba. A troca da fixação deverá ser feita considerando-se obrigatório checar nível de sedação e colaboração do paciente e quando necessário chamar ajuda para manter o tubo estabilizado. Manter o guia do balonete lateralizado e visível. Retirar o fixador antigo com auxílio da tesoura. Manter uma das mãos no tubo endotraqueal e esta apoiada no dorso do paciente com a finalidade de não perder o ponto de apoio durante o procedimento. Inspeccionar cavidade oral e fazer retoque na barba caso necessário. Passar solução desengordurante e de proteção. Esperar secar e refixar respeitando o posicionamento centralizado e a numeração na comissura labial. No caso de ser uma traqueotomia, durante a troca do fixador é importante à estabilidade do mesmo pelo fácil desposicionamento que ocorre decorrente da tosse produzida pela movimentação da cânula na traquéia (DOPICO, CASTELLÕES, 2006).

CONCLUSÃO

Protocolos estruturados, a prática e a monitorização rigorosa do paciente, além de uma estratégia eficaz para reduzir a ocorrência da má realização da extubação, são essenciais para garantir a segurança durante o procedimento e para reduzir a incidência de extubação não planejadas. Além disso, a adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem é um fator determinante para a qualidade e a segurança do atendimento na UTI a todos os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amib; Sbpt. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. I Fórum de Diretrizes em Ventilação Mecânica. 2013. 140 p.
- Antonucci, L. A. De O.; Savino, M. J. P. Paciente com ventilação espontânea prejudicada: uma revisão integrativa das intervenções de enfermagem no uso da respiração artificial. Revista Saúde.Com. Ilhéus-BA, v. 10, n. 1, 2014, p. 96-108.
- Barros, P. T. De; Silva, R. M. Da; Mesquita, F. O. De S. Cultura de segurança associada à educação permanente: estratégia para redução do número de extubação acidental. In: II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. 2017, Goiânia-GO.
- Castellões, T. M. F. W.; Silva, L. D. da. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília-DF, v. 62, n. 4, 2009, p. 540-545.
- De Souza, Felipe Heylan Nogueira et al. Social Participation as a goal of the post-stroke rehabilitation program: a literature review. Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal, p. 1-5, 2017.
- Silva Ld, Pereira Srm, Mesquita Amf. Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2005.
- Silva Ld. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. Rev. Enf UERJ, 2003.
- Yakoy. Manual de procedimentos invasivo realizados no CTI atuação das enfermeiras. Rio de Janeiro, 2000.
- Zeitoun Ss. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: estudo prospectivo - dados preliminares. Rev Latino-am Enfermagem, 2002.