

Introdução

A extubação não programada (EOTNP) é entendida como a retirada inadvertida e não intencional do dispositivo ventilatório e caracterizada como um evento adverso de cuidado assistencial que pode levar a aumento da morbidade e mortalidade por hipoxemia, maior incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e às vezes até a morte.

Os momentos identificados com sendo de maior risco para EOTNP: banho no leito; mudança de decúbito; transporte do paciente; troca da fixação e a auto-extubação, especialmente quando o paciente encontra-se agitado e combinado com a falta de supervisão.

Objetivo

Monitorar a ocorrência de EOTNP após implementação de medidas preventivas como avaliação de "Score de risco" e uso de checklist diário, acompanhando a causa primária da EOTNP.

A avaliação para a categorização do grau de risco de EOT é realizada pelo fisioterapeuta que identifica e orienta os cuidados específicos.

O checklist é realizado pelo profissional de enfermagem, em todos os momentos em que seja necessária a manipulação do paciente como: banho, mudança de decúbito, transporte interno e troca de fixação.

Materiais e Métodos

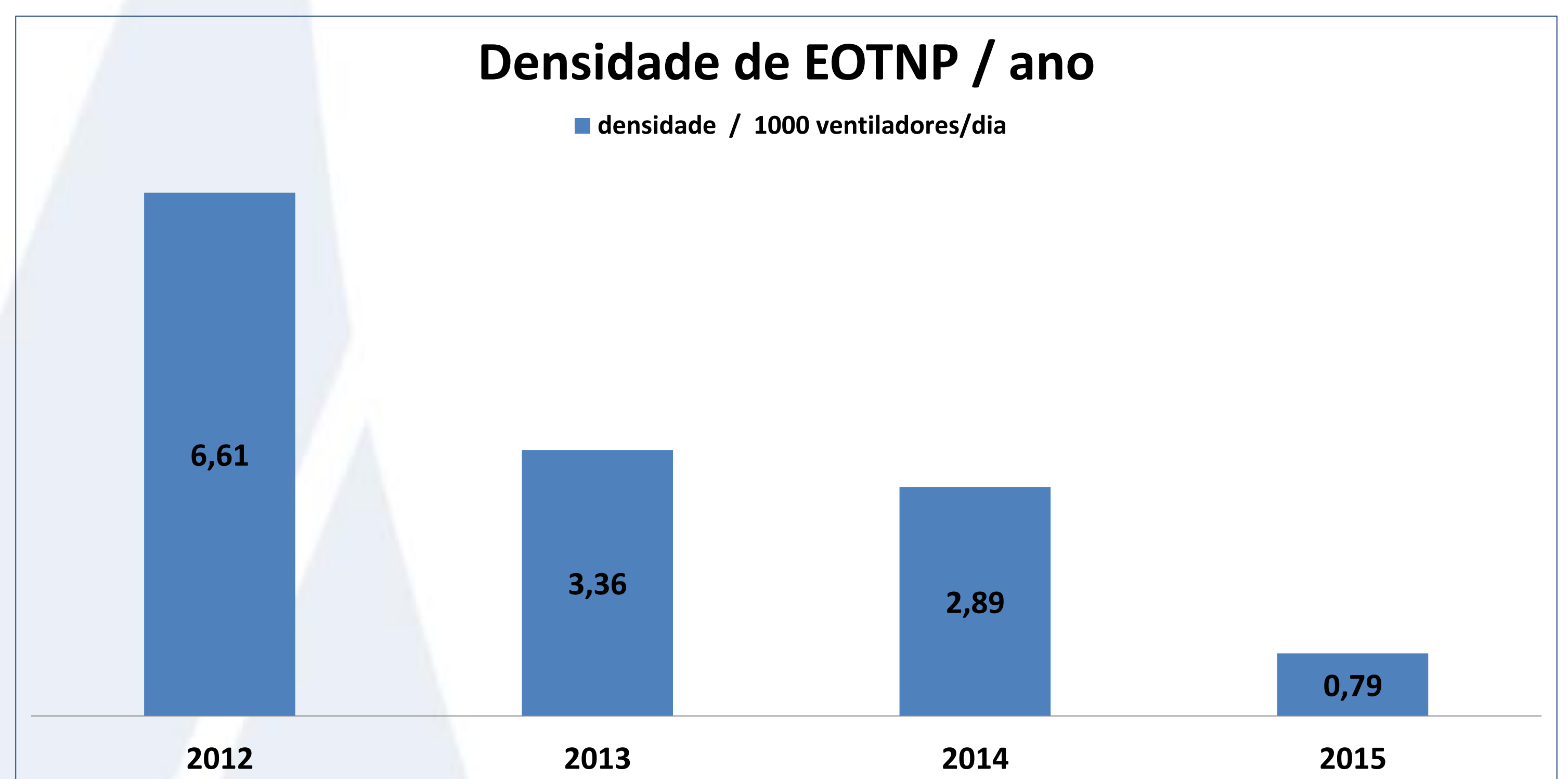
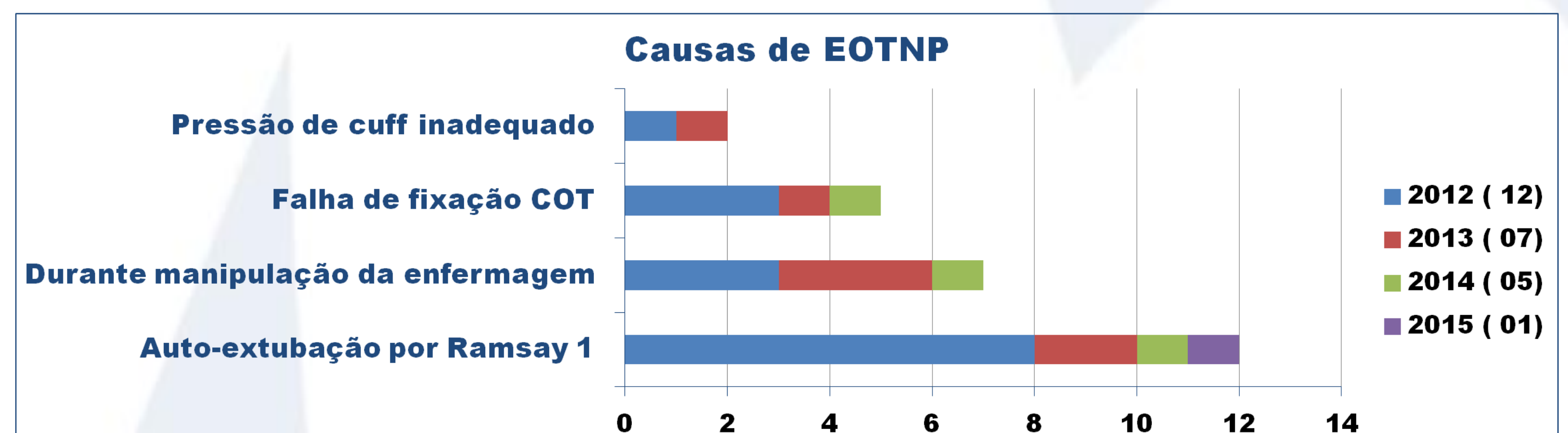
1. Aplicação diária de "Score de risco de EOT não programada" para identificar as principais situações de risco para EOTNP e implementar medidas assistenciais preventivas para Score de risco "moderado" e "alto".
2. Aplicação de um checklist diário mnemônico "FICC2" a cada intervenção da equipe assistencial.

(FICC2 = Fixação do tubo, Identificação do problema, Circuito-posicionamento, Contenção química e/ou mecânica, 2 pessoas para manipulação)

SCORE DE RISCO	ALTO	MODERADO	SEM RISCO
Condições de despertar	Ramsay 1, agitação psicomotora ou inquieto.	Atende à comandos mas ansioso e apreensivo.	Ramsay 2, cooperativo, calmo e tranquilo.
Condição do circuito	Circuito visualmente tracionada com exteriorização da cânula	Circuito tracionado com cânula com leve tração.	Cânula e circuito bem posicionado.
Qualidade da fixação	Fixação frouxa com COT solta	Fixação frouxa com a COT adequada	Fixação e COT bem posicionada e firme.
Posicionamento da COT pelo RX	COT acima da linha da clavícula	COT entre a linha clavicular e > 2cm da carina	COT bem posicionada à 2cm da carina
Número da fixação na rima bucal	Número fixado com 2 cm a menos do orientado pelo fisioterapeuta.	Número fixado a 1 a 2 cm a menos do orientado pelo fisio.	Número fixado = número orientado pelo fisioterapeuta
Durante manipulação da enfermagem para banho ou procedimento.	Realizado somente por um funcionário e sem checagem das condições do circuito e cânula.	Todo paciente com traqueostomia ou IOT sob VM.	Realizado em 2 funcionários com dupla checagem da FICC2.
Condição do Cuff	Vazamento cuff ou saída de pela boca	Pressão de cuff não se sustenta após avaliação da pressão.	Pressão de cuff adequada (25 a 30cm H ₂ O)

FICC 2	
F FIXAÇÃO 	- Nº DA FIXAÇÃO C.O. T = Nº PRESCRITO - Nº FIXADO NA ALTURA DA RIMA BUCAL - Nº DA TRAQUEO (SE REGULAVEL) = Nº PRESCRITO - QUALIDADE (FIXAÇÃO RESISTENTE, LIMPA, VELCRO INTEGRO). - POSICIONAMENTO CORRETO
I IDENTIFICAÇÃO 	- PRESSÃO DE CUFF - VAZAMENTO (CHAMAR FISIO) - Nº FIXAÇÃO ERRADA (CHAMAR FISIO) - LESÃO ORAL (AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO) - MANTER GUIA DO CUFF LATERALIZADO
C CONTENÇÃO (MECANICA/QUIMICA) 	- MECANICA – FIRME RESTRINGINDO MOVIMENTOS - CHECAR INTEGRIDADE DA PELE E PERFUSÃO - AGITAÇÃO – AVALIAR NECESSIDADE DE CONTENÇÃO TORACICA E/OU QUIMICA - AGITAÇÃO / MORDENDO CANULA – INSTALAR CANULA DE GUEDEL
C CIRCUITO 	- COMPRIMENTO DA EXTENSÃO (1,50 MT) - SOLTAR CIRCUITO DO BRAÇO (SUPORTE) ANTES DA MANIPULAÇÃO - MOBILIZAR JUNTO AO PACIENTE COM FOLGA - MUDANÇA DE DECUBITO UM COLABORADOR CARREGA O CIRCUITO - APÓS MANIPULAÇÃO MANTER NO CIRCUITO NO SUPORTE COM FOLGA
2 COLABORADORES 	SEMPRE REALIZAR EM DOIS COLABORADORES

Resultados



Conclusão

Observamos que após a implementação da utilização de ferramentas para monitorar e avaliar o risco de extubação pela equipe de fisioterapia e enfermagem o número de eventos adversos reduziu consideravelmente mostrando a eficácia do processo.

Referência Bibliográfica

1. Neto JMR, Nascimento LB, Silva GNS, Menezes MS, Nóbrega MML. Accidental extubation and intensive care nursing. J Nurs 2014; 8(11):3945-52.
2. Silva PSL, Fonseca MCM. Unplanned Endotracheal Extubations in the ICU: S Review, Critical Appraisal, and Evidence-Based Recommendations. Anesth Analg 2012; 114:1003-14.
3. Castellões TMFW, Silva LD. Ações de enfermagem para a prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm 2009; 62(4): 540-5.