



## CULTURA DE SEGURANÇA ASSOCIADA À EDUCAÇÃO PERMANENTE: ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL

Pollianna Tavares de Barros; Renata Marques da Silva; Fabricio Olinda de Souza Mesquita

(Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco HU-UNIVASF,

polliannatavaresbarros@hotmail.com)

**Resumo:** A obtenção e manutenção de uma via aérea artificial é um procedimento rotineiro na Unidade de Terapia Intensiva com perfil neurológico. Apesar de ser considerada uma prática segura, há riscos de complicações, como a extubação acidental. A retirada do dispositivo ventilatório de forma não programada está relacionada aos riscos não gerenciados do cuidado assistencial. Logo, uma forma de evitar complicações inesperadas é a implementação de uma cultura de segurança, buscando incentivar a notificação dos eventos indesejáveis pelo profissional envolvido no incidente e desconsiderar qualquer penalidade. Dessa forma, será permitido ter maior esclarecimento sobre os motivos da ocorrência. A partir do conhecimento das causas dos eventos, a Educação Permanente poderá elaborar condutas, como a padronização de procedimentos que minimizem os riscos e cursos de capacitação para equipe. Essas duas ações associadas tornam-se uma estratégia para redução do número de extubações acidentais, uma vez que promove maior comunicação sobre os eventos e permite elaborar medidas para a prestação de serviço assistencial de melhor qualidade, minimizando os agravos decorrentes do incidente. **Objetivo:** Descrever o impacto da cultura de segurança associada às ações da Educação Permanente na redução do número de extubações acidentais e as causas do evento adverso na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, longitudinal com abordagem quantitativa. É baseado na análise dos dados disponibilizados por um software de notificação de eventos adversos, implantado em um hospital universitário e utilizado pelos profissionais de saúde. O período de observação do estudo corresponde a janeiro de 2016 a março de 2017. **Resultados:** Ocorreram 39 extubações acidentais no período analisado: 36 incidentes em 2016 e 3 eventos em 2017. Houve redução do número do evento a partir de outubro de 2016, logo após o período das ações referentes à cultura de segurança e Educação Permanente. Foi observada uma diminuição relevante do evento em 2017 (1/ mês), quando comparado a média por mês no ano de 2016 (3/mês). A agitação, manipulação do paciente e sedação foram as causas mais frequentes da extubação acidental. **Conclusão:** Implementação de ferramenta de notificação associada com o fortalecimento da cultura de segurança e medidas de qualificação assistencial podem impactar na diminuição de extubações acidentais. É importante continuar monitorizando as causas a fim de manter a qualidade do serviço, minimizando a ocorrência de eventos adversos ao paciente.

**Palavras-chave:** Extubação; Educação Permanente; Qualidade da assistência à saúde; Segurança do Paciente

### Introdução

A segurança do paciente tem se tornado uma das principais metas dos serviços de saúde, tanto em decorrência do impacto com os gastos resultantes de um ambiente inseguro, quanto em virtude de danos sofridos durante o cuidado. No relatório do *Institute of Medicine (IOM)*, *To Err is Human: Building a Safer Health Care System*, no final da década de 90, a partir de



grandes estudos epidemiológicos, foi feita uma estimativa de 98 mil mortes evitáveis por ano, frequentemente ocasionados pelo erro humano, passando a ser inegável a necessidade de repensar os modelos assistenciais utilizados, a fim de garantir a segurança do paciente (KOHN, CORRIGAN E DONALDSON, 2000).

No Brasil, as discussões sobre a temática foram iniciadas em 2002 com a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e se aprofundaram em 2013, com o lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído através da portaria nº 529/13, do Ministério da Saúde e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, para promover práticas seguras e contribuir para a qualidade do cuidado nas instituições de saúde (BRASIL, 2013).

Um dos objetivos desta política é a redução ou minimização dos eventos adversos (EA) que são definidos como complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base, que resultaria ou resultou no comprometimento da estrutura ou função do corpo, incluindo lesões, sofrimento, incapacidade temporária ou permanente e até mesmo óbito (GALLOTTI, 2004).

Alguns fatores como a idade dos pacientes, o perfil clínico assistencial, a existência de comorbidades, o tempo de internação, a intensidade do cuidado prestado e o uso de tecnologias favorecem a ocorrência de EA. Por conterem todos esses fatores, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são um dos serviços mais propícios a ocorrer EA (CENEDÉSI et al., 2012; GALLOTTI, 2004). É importante ressaltar que esses incidentes elevam os custos de internação, reduz a quantidade de vagas disponíveis para outros pacientes que necessitam do mesmo tipo de cuidado, reprimindo a rotatividade dos leitos (FRERREIRA, 2007).

A obtenção e manutenção de uma via aérea artificial é um procedimento rotineiro na Unidade de Terapia Intensiva com perfil de pacientes neurológicos. Apesar de ser considerada uma prática segura, há riscos de EA como a extubação acidental (OLIVERIA et al., 2012; CARVALHO et al., 2010). A definição de extubação acidental consiste na retirada do tubo orotraqueal de forma não programada. Esse evento pode trazer complicações maiores, principalmente quando a retirada do dispositivo ventilatório ocorre em pacientes com estímulo respiratório diminuído, paciente sedado ou com lesões neurológicas, devido levar à rápida retenção de gás carbônico (CO<sub>2</sub>) e diminuição de oxigênio. Os transtornos gerados nesses casos, em virtude do comprometimento neurológico dos pacientes, podem ser ainda maiores, sendo sempre necessária a reintubação (CASTELLÕES et al., 2007). Outras causas da extubação não intencional são: pode ocorrer pelo manejo da equipe de saúde (transporte,



mudança de decúbito, banho no leito, passagem de sonda, aspiração, falha na contenção física do paciente e observação da fixação do tubo orotraqueal), como também pode vir a acontecer pela autoextubação, ou seja, o próprio paciente retira o dispositivo ventilatório.

Dessa forma, o número de extubações não programadas deve ser controlado, transformando riscos não gerenciados em gerenciados e conseqüentemente diminuindo a possibilidade de ocorrência do acidente (PAIVA et al., 2010). A gestão desses riscos diz respeito ao processo de identificação e controle de eventos adversos, eliminando ou minimizando os que podem afetar os recursos do sistema. Mediante este cenário, em 31 de julho de 2014, foi lançado o Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares, o VIGIHOSP, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBESERH). Este sistema tem o objetivo de informar ao Serviço de Qualidade Hospitalar sobre a ocorrência dos eventos adversos e a elaboração de medidas preventivas para reduzir o risco de incidente nas instituições hospitalares; facilitando o processo decisório em ações para melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes. (SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS, 2017). É importante destacar que a cultura de segurança é uma etapa fundamental no processo de implantação do programa ao considerar o contexto em relação aos EA e suas conseqüências. Pode-se afirmar que é essencial uma gestão que estimule os profissionais sobre a importância da notificação dos EA (REIS et al, 2012).

Entretanto, a falta de compreensão sobre o erro pode acarretar para o profissional envolvido, sentimentos de vergonha, culpa e medo, devido a forte cultura punitiva ainda existente na maioria das instituições. Esse sistema de gestão de EA contribui para a não notificação dos eventos no programa. Assim, mais do que buscar culpados, é necessário identificar as fragilidades existentes no processo e adotar medidas preventivas para ocorrência do evento, buscando o fortalecimento da Cultura de Segurança dentro da instituição (DUARTE et al., 2015). A cultura justa é um conceito que procura diferenciar os trabalhadores cuidadosos e competentes que cometem erros dos que têm um comportamento de risco consciente e injustificadamente arriscado (REIS et al, 2012)

O papel da Educação Permanente em uma instituição hospitalar também se faz necessário no controle de eventos adversos, uma vez que envolve melhoria do cuidado através de mudanças no comportamento individual e institucional. Faz parte desse processo, a elaboração de protocolos para padronizar condutas e cursos para execução de procedimentos assistenciais com maior segurança e menor exposição ao risco. Destacando a necessidade de autorreflexão por cada área de atuação profissional para realização de práticas organizacionais. (MELLO et



al., 2013; PINTO et al.,2014)

Diante das medidas de controle de EA supracitadas, pode-se inferir que o incentivo à notificação dos eventos e à qualidade dos cuidados pode favorecer a redução de danos, e assim permitir a evolução ou manutenção do status funcional do paciente e diminuir o tempo de internação hospitalar (LIMA et al.,2015; OLIVEIRA et al., 2012)

Reconhecendo que os registros de EA são indicadores que permitem a mensuração da qualidade da assistência em saúde e afetam decisivamente na evolução do quadro de clínico dos pacientes críticos; houve a necessidade de realizar um estudo retrospectivo e observar se houve efetividade das ações relacionadas a Cultura de Segurança e a Educação Permanente no número de extubações acidentais e as possíveis causas da ocorrência do evento (LIMA et al.,2015).

### **Metodologia**

É um estudo descritivo, retrospectivo, longitudinal e de abordagem quantitativa, desenvolvido no HU-UNIVASF, uma instituição que oferece tratamento de média e alta complexidade em pacientes de traumatologia e neurologia. A pesquisa analisou os dados referentes à extubação acidental durante o período de janeiro de 2016 a março de 2017, ocorridos na UTI adulto do hospital, onde o perfil da população são pacientes neurocríticos.

Os dados foram fornecidos pelo programa VIGIHOSP, um software desenvolvido para notificação de eventos adversos. No HU-UNIVASF o Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares, o VIGIHOSP, começou a ser utilizado em 2016, sendo disponibilizado em todos os computadores para qualquer servidor que desejar notificar um incidente. Vale ressaltar que não é preciso fazer *login* para acessá-lo, sendo resguardado o sigilo do notificador.

O aplicativo é dividido por tipo de evento e entre os incidentes está inserida a extubação acidental. Essa é a primeira etapa, a seleção do incidente. Em seguida, o profissional irá preencher campos relacionados a informação sobre o paciente como: número de prontuário, nome do paciente, data de nascimento, sexo, setor de internação, leito. Após a identificação do paciente, será preenchido o campo relacionado ao evento: data, horário, local e um quadro de descrição do incidente e se houve procedimento concomitante a extubação, caso tenha ocorrido, o sistema disponibiliza os seguintes campos: mudança de decúbito, aspiração de vias aéreas, passagem de sonda nasogástrica, radiografia, troca de fixação e outro (outro procedimento diferente dos que são mencionados pelo programa). Há também um campo sobre conduta adotada para amenizar ou reverter os efeitos dos eventos. Por último, o campo



referente ao notificador: nome, email, ramal do setor e função exercida pelo registrador do incidente. Esse campo não é obrigatório ser preenchido, fica a critério do notificador,

Após a etapa de capacitação para o uso do VIGIHOSP, foi observado o aumento do número de notificações dos eventos. Esses dados foram investigados pelos profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos registros no aplicativo e a partir desse momento, foram traçadas medidas e realizadas ações direcionadas para cada incidente. Esse planejamento ocorreu através da Educação Permanente em Saúde, como por exemplo, o protocolo de cuidados da equipe de enfermagem para menor exposição ao risco de extubação acidental. (ANEXO I)

Dessa forma, o estudo acompanhou as alterações do número de registros de extubações acidentais ocorridas do período da implantação do aplicativo passando pela etapa de Cultura de Segurança e Educação Permanente. A frequência das causas dos incidentes também foi observada.

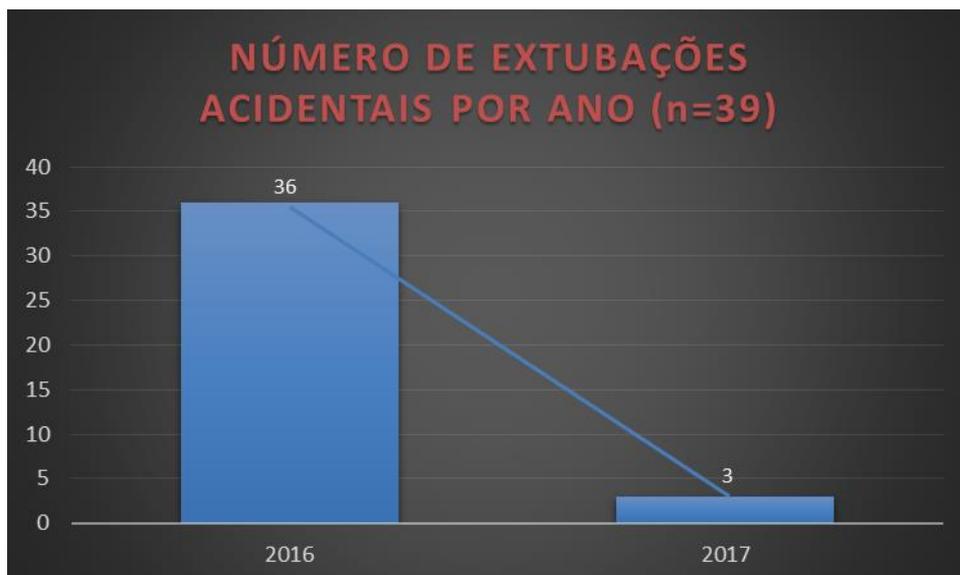
### **Resultados**

Foram constatadas 39 extubações acidentais de janeiro de 2016 a março de 2017. De acordo com a distribuição do número de eventos por mês, percebeu-se uma queda a partir de setembro de 2016, representada no Gráfico 1.



**Gráfico 1 – Distribuição de eventos adversos por mês.**

Em relação ao número de eventos por ano, ocorreram 36 incidentes em 2016 e 3 incidentes em 2017 contabilizados até março (Gráfico 2). A média de extubações por ano em 2016 foi 3/ mês. Comparando essa média com o número de extubações que ocorreram em 2017, houve uma queda maior que 50%, uma vez que ocorreu um evento por mês.



**Gráfico 2 – Número de eventos por ano**

Durante a investigação dos eventos foram observadas as seguintes causas da extubação acidental: agitação, manipulação da equipe, ausência de sedação e alterações na pressão do *cuff*. Os motivos do incidente com maior frequência foram: agitação, manipulação da equipe e ausência de sedação.

**Tabela 1 – Número e porcentagem de causas de extubações acidentais**

Causas da extubação acidental	f	%
Agitação	25	73,52
Manipulação da equipe	22	64,7
Ausência de sedação	13	38,23
Problemas no cuff	5	14,70
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados coletados do Sistema de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares – VIGIHOSP, software de notificação.

## Discussão

Logo após o processo de reforço da cultura de segurança e o desenvolvimento de ações em Educação Permanente para menor exposição ao risco,



foi observado que houve redução do número de extubações acidentais. Esse dado tem um destaque acentuado partir de setembro de 2016 a março de 2017. Além disso, o ano de 2017 apresentou número de extubações menor que a proporção de eventos por mês de 2016.

Estudo afirma que a cultura de segurança tem despertado crescente atenção no campo das organizações de saúde. Os cuidados de saúde, cada vez mais complexos, elevam o potencial para ocorrência de acidentes, erros ou falhas, portanto lesões ou danos decorrentes do cuidado prestado constituem grave problema relacionado ao desempenho dos serviços de saúde. A realização de procedimentos de forma insegura causa morbidade e mortalidade significantes por todo o mundo (REIS et al., 2012).

Partindo desse mesmo pressuposto, no início de 2016, a equipe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente do HU-UNIVASF, implementou práticas que pudessem encorajar os profissionais a realizarem a notificação de eventos adversos, fortalecendo a Cultura de Segurança. Após conhecer o perfil das extubações e suas causas principais, foram ofertados cursos para capacitar a equipe assistencial nos cuidados em saúde (Imagem 1). É importante ressaltar que durante o processo de implantação do programa, o serviço de gerenciamento de riscos do hospital buscou incentivar a notificação sem aplicação de penalidade ao profissional envolvido no incidente. O aplicativo oferece a opção do anonimato para evitar insegurança ao notificador, uma vez que o mesmo apresente qualquer receio referente à punição. Assim, evitará também a possibilidade de subnotificação do evento.



**Imagem 1** – Treinamento para realização de notificação no sistema VIGIHOSP, implantação do programa associado com o reforço da cultura de segurança. Fonte: Repositório Digital do HU-UNIVASF.



Essa prática adotada no HU-UNIVASF já é reforçada em estudos. CLARO e colaboradores afirmam que a implantação de uma cultura de segurança nas instituições de saúde, cujo foco está em procurar as falhas sistêmicas e não culpados para punir, é uma das principais estratégias propostas pelas organizações que têm como missão a melhoria da qualidade da assistência. Com esse enfoque, o registro anônimo de eventos adversos é considerado ação fundamental na obtenção de informações de falhas que possibilitarão a implantação de medidas proativas para a diminuição do número de ocorrências (CLARO et al., 2011).

Em um estudo realizado na UTI adulto de dois hospitais públicos da Grande Florianópolis – SC, foi aplicado um instrumento validado, o *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) - criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), para mensurar a cultura de segurança entre profissionais de hospitais; complementado-o com a seguinte questão aberta: “cite três recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente em sua unidade”. Entre as sugestões dos profissionais de enfermagem para melhorar a segurança do paciente, o aprendizado organizacional e melhoria contínua foi o quesito que obteve mais destaque com indicação para a realização de capacitações, treinamentos e cursos. Esse dado reforça a importância da Educação Permanente pactuada com a cultura de segurança, como uma necessidade requisitada pelos profissionais; pois assim, tornam-se menos suscetíveis ao risco de evento adverso e menor receio de realizar os cuidados em saúde (MELLO et al., 2013).

Em relação às causas da extubação acidental, foram observados os seguintes motivos em ordem de maior frequência: agitação, manejo do paciente, ausência de sedação e problemas no *cuff*. A agitação (73,52%) e manejo do paciente (64,70%) obtiveram maior destaque entre causas de extubação acidental. Pesquisa afirma que complicações associadas com baixo nível de sedação incluem dessincronia com o ventilador, desconforto, agitação, ansiedade e possibilidade de extubação não planejada (COSTA et al., 2014; THIERRY, 1998). Foi concluído em estudos que é importante a instituição de protocolo de desmame de sedoanalgesia, uma vez que resulta em períodos mais curtos de sedação profunda, sem aumento da agitação. (BUGEDO et al., 2013). Outro estudo relatou que a sedação leve proporciona benefícios em relação à redução da permanência da unidade de terapia intensiva e da duração da ventilação sem afetar negativamente a subsequente saúde mental do paciente ou a segurança do paciente (TREGGIARI et al., 2009).

Outra causa do evento que os estudos descrevem com maior frequência é a manipulação do paciente (CARVALHO et al., 2010; FERREIRA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2012). Nessa



pesquisa também teve destaque, representando um percentual de 64,70%. Os procedimentos que envolvem o manuseio do paciente são: banho no leito troca de fixação, mudança de decúbito, contenção física do paciente, passagem de sonda e aspiração. Uma das ações estratégicas adotadas no hospital foi a elaboração de um protocolo, o qual apresenta os principais cuidados para diminuir a exposição ao risco durante a realização dos procedimentos supracitados (ANEXO ). A redução acentuada durante o intervalo de outubro de 2016 a março de 2017 pode estar relacionada com o período que a padronização das condutas pela equipe de enfermagem foi colocada em prática. O chefe da unidade de reabilitação também fez reuniões com os fisioterapeutas da UTI para enfatizar os cuidados referentes à mobilização do paciente, à importância da contenção física do paciente, ao manuseio do circuito da ventilação mecânica, à técnica de aspiração, à insuflação do *cuff* e ao ponto de fixação do tubo.

### **Conclusão:**

É importante a inclusão de um sistema de notificação de eventos adversos. Contudo, a implantação de um programa de comunicação de incidentes terá sua contribuição para melhoria dos serviços em saúde se for implementado por ações de incentivo à notificação do evento e medidas de qualificação assistencial. Assim poderá impactar na diminuição de extubações acidentais em ambientes críticos como a Unidade de Terapia Intensiva. Apesar da redução acentuada do evento, é importante continuar monitorizando as causas para manter a qualidade do serviço e evitar complicações do quadro clínico do paciente e novos estudos nessa área de Segurança do Paciente.

### **Referências Bibliográficas:**

- BUGEDO, G. et al. Implantação de protocolo de redução de sedação profunda baseado em analgesia comprovadamente seguro e factível em pacientes submetidos à ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.25, n.3, p.188-196, 2013.
- CARVALHO, F. et al. Incidência e fatores de riscos para a extubação acidental em uma unidade de terapia intensiva. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 86, n. 3, p. 189-195, 2010 .
- CASTELLÕES, T.M.F.W; SILVA, L.D. .Resultados da capacitação para a prevenção da extubação acidental associada aos cuidados de enfermagem. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, v.11, n.2, p.168-175, 2007.
- CLARO, C.M. et al. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.45, n.1, p. 167-172, 2011.



- COSTA, J. B. et al. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v.26, n.2, p.122-129, 2014.
- FERREIRA, V.R. Análise dos eventos adversos em uma unidade de terapia intensiva neonatal como ferramenta de gestão de qualidade da assistência da enfermagem. Belo Horizonte, 2007. 98 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
- GALLOTTI, R.M.D. Eventos adversos: o que são?. *Revista Associação Médica Brasileira*. [online], vol.50, n.2, pp.114-114, 2004
- GRANDE, C. et. al. Funções desempenhadas pelo enfermeiro na unidade de terapia intensiva. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*: consulta 9 de mayo 2017. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3240227980012>> ISSN 1517-3852.
- KOHN, L.T; CORRIGAN, J.M; DONALDSON, M.S; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system* [Internet]. Whashington: National Academy Press; 2000.
- LIMA, C.S.P; BARBOSA, S.F.F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. *Revista de enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.222-8,2015.
- MELLO, J.F.; BARBOS, S.F.F. A Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: recomendações da enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem da UFSC*, v.22, n.4, p.1124-33, 2013
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. *Diário Oficial da União* 1 abr 2013.
- Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União* 2013.
- OLIVEIRA, P.C.R. Incidência e principais causas da extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v. 24, n. 3, p. 230-235,2012
- PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Revista da Escola. De Enfermagem da USP*, v .44, n.2, p. 287-94, 2010.
- PINTO, W.A.M. et. al. Impacto de um programa de educação continuada na qualidade assistencial em terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v.26, n.1, p.7-12, 2014.
- REIS, C.T; LAGUARDIA, J.; MARTIN, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do



*Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial.* Caderno de Saúde Pública, v.28, n.11, p. 2199-2210, 2012.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS. Apresentação do VigiHosp. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/sig/vigihosp/apresentacao>> Acesso em: 01/05/2017

TREGGIARI, M.M. et al. Randomized trial of light versus deep sedation on mental health after critical illness. *Critical Care Medicine*, v.37, n.9, p.2527-2534, 2009.

THIERRY BOULAIN and the Association des Réanimateurs du Centre-Ouest. Unplanned Extubations in the Adult Intensive Care Unit A Prospective Multicenter Study *AM J RESPIR CRIT CARE MED* 1998;157:1131–1137.

## ANEXO

 HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>SETOR DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
	<b>INFORME EDUCATIVO SOBRE EXTUBAÇÃO ACIDENTAL</b>	

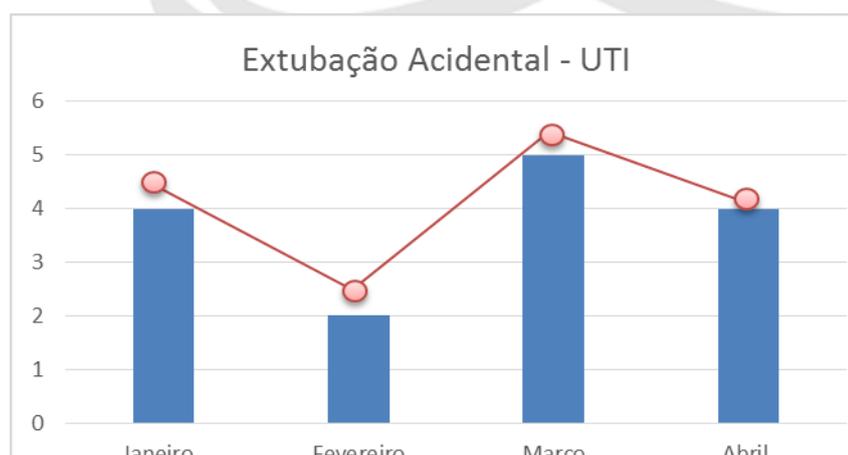
### 1. EXTUBAÇÃO ACIDENTAL

A extubação acidental 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, atelectasia, maior incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica, arritmias, instabilidade hemodinâmica, parada cardíaca e às vezes até a morte.

### 2. SITUAÇÕES DE MAIORES RISCOS:

Banho no leito/ Mudança de decúbito/ Transporte do paciente / Troca de fixação/ Autoextubação

### 3. CONHECENDO OS DADOS DO NOSSO HOSPITAL- HU UNIVASF



Fonte: VIGIHOSP 2016

O VigiHosp é um software presente em todos os computadores do HU-UNIVASF e tem o objetivo de agilizar, ao Núcleo de Segurança do Paciente, a ciência e a solução de problemas ocorridos no hospital, facilitando o processo decisório em ações para melhoria na qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Ao analisar os dados do gráfico, percebe-se que o número de extubações acidentais está se mantendo acima de 4 por mês. Vale ressaltar que até o dia 11/04/16 já temos notificados 4 extubações acidentais. Essas notificações sinalizaram um alerta, e fizeram com que algumas estratégias educativas fossem adotadas.

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

[www.conbracis.com.br](http://www.conbracis.com.br)



Assim, surge a necessidade de que estes incidentes sejam notificados, sempre que possível em tempo real, para que seja realizada a devida avaliação e tomada de providências.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Neto JMR, Nascimento LB, Silva GNS, Menezes MS, Nóbrega MML. **Acidental extubacion and intensive care nursing.** J nurs 2014; 8 (11): 3945-52.
- ✓ Ramalho Neto JM et al., Extubação acidental e os cuidados intensivos de Enfermagem, **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, n. 8, v. 11 p. 3945-52, 2014.
- ✓ Silva PCL, Fonseca MCM. **Unplanned Endotracheal extubations in the ICU: S Review critical appraisal, and evidence-based recommendations.** Anesth Analg 2012; 114: 1003-14



Vamos aprender o que fazer para diminuir a chance da extubação acidental durante o cuidado ao paciente?

Momentos de cuidado da equipe assistencial	Ações preventivas da extubação acidental
<b>Banho no leito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar o estado geral do paciente antes do banho no leito.</li><li>• Checar nível de sedação e analgesia do paciente.</li><li>• Aproximar o VM do leito do paciente.</li><li>• <b>Checar a fixação e a estabilidade do dispositivo ventilatório.</b></li><li>• Verificar a pressão do cuff, mantendo-o insuflado com o volume mínimo de oclusão.</li><li>• Manter o tubo apoiado por um dos membros da equipe, diferente do executor da técnica do banho.</li><li>• Mobilizar o dispositivo ventilatório com cuidado para todo cuidado com o paciente.</li><li>• 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; mudança de decúbito e quando necessário.</li></ul>
<b>Mudança de decúbito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar o estado geral do paciente.</li><li>• Checar a fixação e a estabilidade do dispositivo ventilatório.</li><li>• Aproximar o VM do leito do paciente.</li><li>• Soltar os circuitos do VM do suporte. Abaixar a cabeceira.</li><li>• Apoiar as traqueias do VM no próprio braço do funcionário.</li><li>• Evitar o tracionamento do dispositivo ventilatório com os circuitos do VM durante o manuseio do paciente.</li><li>• 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.</li><li>• Atentar para que as traqueias do VM não fiquem presas às grades laterais da cama.</li><li>• <b>Promover adequada contenção física (restrição de punhos) do paciente, quando indicada.</b></li></ul>
<b>Transporte do paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliar o estado geral do paciente.</li><li>• <b>Garantir adequada sedação e/ou analgesia pré-transporte conforme os protocolos clínicos da unidade.</b></li><li>• Realizar transferência do paciente do leito para a maca com o auxílio de pelo menos três funcionários.</li><li>• Checar a fixação e posição do dispositivo ventilatório, adaptando ao leito o respirador de transporte.</li><li>• 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.</li></ul>
<b>Procedimentos no leito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Checar nível de sedação e analgesia do paciente.</li><li>• Checar a fixação e a estabilidade do dispositivo ventilatório.</li><li>• Aproximar o VM do leito do paciente.</li><li>• 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, atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.</li><li>• <b>Após o término do procedimento checar a contenção do paciente.</b></li></ul>
<b>Troca de fixação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Checar nível de sedação e analgesia do paciente.</li><li>• Posicionar o paciente em decúbito dorsal elevado e avaliar a insuflação do cuff.</li><li>• Manter o guia do balonete lateralizado e visível.</li><li>• 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.</li><li>• 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.</li><li>• Limpar, secar e remover quaisquer resíduos oleosos da pele do paciente antes de aplicar um novo dispositivo de fixação oral de tubo endotraqueal, se necessário o uso de Benjoin.</li><li>• Respeitar o posicionamento centralizado do tubo orotraqueal e a sua numeração ao nível da comissura labial do paciente.</li></ul>