

	EXTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL	POT Nº: 05
	FISIOTERAPIA	Edição: 05/05/2009 Versão: 02 Data Versão: 28/05/2009 Página: 04

1- OBJETIVO

Padronizar a técnica de extubação endotraqueal em adultos realizada pela fisioterapia.

2- ABRANGÊNCIA

Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI), Sala de Recuperação de Internados (SRI) e Emergência.

3- RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Fisioterapeuta.

4- MATERIAL

Se teste de ventilação espontânea em Ayre:

- Peça T-Ayre ou filtro umidificador;
- Extensor de oxigênio.

Extubação:

- Luvas de procedimento e óculos de proteção;
- Sistema de aspiração montado e funcionante;
- Sonda de aspiração nº 12;
- Cateter de oxigênio (número 8);
- Seringa de 20 ml;
- Compressas limpas.

5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/AÇÃO

- Combinar a atividade com o médico responsável e equipe de enfermagem;

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas, colocar os óculos de proteção;
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente em decúbito elevado, com auxílio da equipe de enfermagem;
- Realizar higiene brônquica através de manuseios de desobstrução brônquica e aspiração traqueal;

Se teste de ventilação espontânea em Ayre:

- Desconectar o ventilador do tubo endotraqueal;
- Instalar oxigenoterapia por T-ayre;
- Após período de 30 a 120 min (conforme protocolo) em Ayre, realizar extubação endotraqueal.

Se teste de ventilação espontânea em Ventilação com Pressão Suporte (PSV):

- Reduzir níveis de PS até 8 – 10 cmH₂O;
- Após período de 30 a 120 min (conforme protocolo), realizar extubação endotraqueal.

Procedimento de extubação:

- Combinar o procedimento com o médico responsável e equipe de enfermagem;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas, colocar os óculos de proteção;
- Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente em decúbito elevado, com auxílio da equipe de enfermagem;
- Realizar higiene brônquica através de manuseios de desobstrução brônquica e aspiração traqueal;
- Instalar cateter ou óculos nasal;
- Retirar a fixação do tubo traqueal;
- Desinflar balonete com seringa de 20 ml;
- Retirar o tubo endotraqueal;
- Solicitar a tosse para o paciente e expectoração na compressa. Se pouco eficaz, realizar aspiração de vias aéreas;

- Conforme indicação poderá ser utilizada ventilação mecânica não invasiva (protocolo de VMNI) ou terapia inalatória medicamentosa.

6- CONTRA-INDICAÇÕES

Não se aplica.

7- ORIENTAÇÃO PACIENTE / FAMILIAR ANTES E APÓS O PROCEDIMENTO

Sempre comunicar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado.

8- REGISTROS

- Evolução em prontuário;
- Registro na ficha de avaliação do protocolo de extubação.

9- PONTOS CRÍTICOS/RISCOS

Não identificar precocemente a fadiga do paciente durante teste de ventilação espontânea.

Dispondo do material de intubação, no caso de o paciente apresentar insucesso, após o procedimento da extubação.

10 – AÇÕES DE CONTRAMEDIDA

Não se aplica.

11- REFERÊNCIAS

1. MacIntyre NR - A Collective Task Force Facilitated by the American College of Chest Physicians, the American Association for Respiratory Care and the American College of Critical Care Medicine. Guidelines – Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support. Chest, 120:375S-395S, 2001 / Respir. Care, 47:69-90, 2002.
2. MacIntyre NR. Evidence-based ventilator weaning and discontinuation. Resp Care 2004; 7: 830-836.
3. Epstein SK. Controversies in weaning from mechanical ventilation. J Intensive Care Med 2001; 16: 270-286.

4. Nava S, Gregoretti C, Fanfulla F, et al. Noinvasive ventilation to prevent respiratory failure after extubation in high –risk patients. Crit Care Med 2005; 33: 2465-2470.

ANEXOS

Aprovações		
Supervisão	Gerência	Comitê de Processos
Editado por: Daiane Falkenbach		
Revisado por: Fabrícia Hoff		Data da Revisão: 07/06/2009