



ALBERT EINSTEIN
HOSPITAL ISRAELITA

Diretrizes Assistenciais

Protocolo de desmame do ventilador

Versão eletrônica atualizada em
Fevereiro - 2009

Definição

Desmame: transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 h.

Interrupção de ventilação mecânica: refere-se aos pacientes que toleraram um teste de respiração espontânea e que podem ou não ser elegíveis para extubação.

Extubação: é a retirada da via aérea artificial. No caso de pacientes traqueostomizados, utiliza-se o termo decanulação.

Ventilação mecânica prolongada: é a dependência da assistência ventilatória, invasiva ou não-invasiva, por mais de 6 h por dia, por tempo superior a três semanas, apesar de programas de reabilitação, correção de distúrbios funcionais e utilização de novas técnicas de ventilação.

Sucesso do desmame: manutenção da ventilação espontânea durante pelo menos 48 h após extubação ou por 7 dias nos pacientes em ventilação mecânica prolongada.

Objetivos

Identificar pacientes elegíveis para o teste de respiração espontânea.

Realizar o processo de extubação com segurança

Indicação / Contra-Indicação

INDICAÇÕES:

Pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de 24 horas

CONTRA-INDICAÇÕES:

Situações de instabilidade clínica e/ou cirúrgicas e insuficiência respiratória grave.

Responsáveis

- Médicos: indicação de manutenção do suporte ventilatório ou dar início ao de desmame em descontinuidade do suporte ventilatório
- Fisioterapeuta na progressão do desmame e extubação.
- Enfermeiros na vigilância contínua do processo

Orientação ao Paciente Pré-Procedimento

Orientar pacientes e familiares sobre o processo de retirada da ventilação mecânica e seus riscos.

Material

Não aplicável

Descrição dos Procedimentos

Protocolo de desmame:

- A avaliação diária é realizada diariamente e registrada em evolução, a partir do momento que completar mais de 24 horas de ventilação mecânica ou durante processo de discussões multiprofissionais. Itens verificados: RX, resolução da causa da necessidade de ventilação mecânica, sedação, nível de consciência, troca gasosa, estabilidade cardiovascular, lactato, febre, Hb, estado metabólico. Na indicação de teste de respiração espontânea, realizar medidas ventilatórias antes de iniciar o teste: Pimax, Pemax, f/Vt, CVe VM. E teste de respiração espontânea é realizado em pressão de suporte 7-5 cmH₂O, PEEP 5-10 cmH₂O de 30 até 120 minutos. Avaliar a tolerância ao teste: troca gasosa, estabilidade hemodinâmica, frequência respiratória, conforto respiratório e nível de consciência.
- Caso haja intolerância ao TRE, dar-se-á continuidade ao processo de avaliação diária e em conjunto com equipe multiprofissional investigar o motivo da intolerância.
- Seguir fluxograma de DESCONTINUAÇÃO DO SUPORTE VENTILATÓRIO (Anexo)
Pacientes em ventilação mecânica prolongada, seguir fluxograma de DESCONTINUAÇÃO DO SUPORTE VENTILATÓRIO PROLONGADO (Anexo)
- Pacientes que são extubados e indicado VNI, manter por no mínimo 24 horas e após inicia-se tentativas de intercalar VNI x oxigenioterapia s/n. Porém os pacientes que são extubados e permanecem dependentes da VNI por mais de 48 horas, serão considerado insucesso de desmame.
- Pacientes traqueostomizados, ao passarem no TER, podem ser nebulizados. No caso de indicação de BIPAP (invasivo), continua o processo de avaliação diária. Porém para se iniciar o TER o paciente necessita de estar com: IPAP \leq 14, EPAP \leq 8. O TER no BIPAP traqueostomia será em CPAP 8 de 30 a 120 minutos ou nebulização. Parâmetros a serem pontuados: Sinais de desconforto respiratório, adequação de troca gasosa, estabilidade hemodinâmica e nível de consciência.

Orientação Familiar / Paciente Pós-Procedimento

Orientar os familiares quanto ao processo de manutenção do paciente fora de ventilação invasiva e seus riscos

Desempenho Esperado

Sucesso no processo de desmame

Pontos Críticos / Riscos

Fadiga: ansiedade, confusão, rebaixamento do nível de consciência; sudorese; agitação; desaturação de O₂; uso de musculatura acessória; movimento

paradoxal tóraco-abdominal; descompensação hemodinâmica; taqui ou bradicardia;; hipo ou hipertensão;
Insucesso no desmame e reintubação

Registro

Prontuário do paciente

Referências

MACINTYRE NR. *Discontinuing Mechanical Ventilatory Support. Chest* 2007;132:1049-1056

MACINTYRE NR. *Evidence-Based Guidelines for Weaning and Discontinuing Ventilatory Support: 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. Chest* 2001; 120:375-395.

MACINTYRE NR et al. *Management of Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation. Chest* 2005; 128:3937-3954.