

EXTUBAÇÃO ACIDENTAL E DANO CAUSADO AO PACIENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO

ACCIDENTAL EXTUBATION AND DAMAGE CAUSED TO PATIENTS IN A TEACHING HOSPITAL

EXTUBACIÓN ACCIDENTAL Y EL DAÑO AL PACIENTE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Lúcia Marinilza Beccaria*, Thaís Guimarães Tavares**, Miriam Cristina Borges Penascho***, Josimerci Ittavo Lamana Faria****, Maria Regina Lourenço Jabur*****, Kleber Aparecido de Oliveira*****

Resumo

Introdução: A extubação não planejada ou acidental é um evento adverso, portanto, é importante monitorar, analisar suas causas e reforçar a atenção da equipe de enfermagem para que não ocorra. **Objetivo:** Verificar a incidência de extubação acidental e grau de dano causado aos pacientes por meio de um sistema de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino. **Material e Método:** Estudo quantitativo, retrospectivo, realizado em um hospital da rede sentinela. **Resultados:** Os dados foram coletados por meio do sistema de notificação de eventos adversos da gerência de risco e prontuário eletrônico, no período de setembro/2014 a agosto/2015. Foram notificadas 32 extubações acidentais, cuja incidência média foi 0,2 no período de coleta de dados. Destas, a maioria ocorreu em homens, com período de internação hospitalar superior a 15 dias. A causa principal foi confusão mental e agitação psicomotora do paciente. Os enfermeiros que notificaram o evento apontaram que a maioria das extubações acidentais causou danos leves e a maior parte dos pacientes que sofreu o evento recebeu alta hospitalar como desfecho clínico da internação. Concluiu-se que a monitoração de extubação acidental identificou falhas nos processos de trabalho, principalmente envolvendo pacientes com agitação psicomotora, portanto, o enfermeiro deve estar atento e prevenir essas ocorrências.

Palavras-chave: Extubação. Ventilação mecânica. Cuidados de enfermagem. Hospital de ensino.

Abstract

Introduction: Unplanned or accidental extubation is an adverse event, so it is important to monitor, analyze its causes and reinforce the attention of the nursing team so that it will not occur. **Objective:** To verify the incidence of accidental extubation and the degree of damage caused to patients through an adverse event reporting system in a teaching hospital. **Material and Methods:** It was a quantitative, retrospective study, performed in a sentinel network hospital. The data were collected through the system of adverse event notification of risk management and through electronic medical records, from September / 2014 to August / 2015. 32 accidental extubations were reported, with an average incidence of 0.2 during the data collection period. Most of them occurred in men, with a hospital stay of more than 15 days. The main cause was mental confusion and psychomotor agitation of the patient. The nurses who reported the event pointed out that most of the accidental extubations caused mild damage and most of the patients who suffered the event were discharged as a clinical outcome of the hospitalization. It was concluded that the monitoring of accidental extubation identified work process failures, mainly involving patients with psychomotor agitation, therefore, the nurse must be alert and prevent these occurrences.

Keywords: Extubation. Mechanical ventilation. Nursing care. Teaching hospital.

Resumen

Introducción: La extubación no planificada o accidental es un evento adverso, por lo tanto, es importante monitorear, analizar sus causas y reforzar la atención del equipo de enfermería para que no ocurra. **Objetivo:** Verificar la incidencia de extubación accidental y el grado de daño causado a los pacientes a través de un sistema de notificación de eventos adversos en un hospital de enseñanza. **Material y Método:** Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo, en un hospital de la red centinela. **Resultados:** Los datos fueron recolectados a través del sistema de notificación de eventos adversos de la gerencia de riesgo y pronombre electrónico, en el período de septiembre / 2014 a agosto / 2015. Se notificaron 32 extubaciones accidentales, cuya incidencia media fue de 0,2 en el período de recolección de datos. De estas, la mayoría ocurrió en hombres, con período de internación hospitalaria superior a 15 días. La causa principal fue confusión mental y agitación psicomotora del paciente. Los enfermeros que notificaron el evento señalaron que la mayoría de las extubaciones accidentales causaron daños leves y la mayor parte de los pacientes que sufrió el evento recibió alta hospitalaria como desenlace clínico de la internación. **Conclusión:** Se concluyó que el monitoreo de extubación accidental identificó fallas en los procesos de trabajo, principalmente involucrando a pacientes con agitación psicomotora, por lo tanto, el enfermero debe estar atento y prevenir esas ocurrencias.

Palabras clave: Extubación. Ventilación mecánica. Cuidados de enfermería. Hospital de enseñanza.

* Professora Doutora. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Departamento de Enfermagem Especializada. São José do Rio Preto-SP, Brasil. Contato: lucia@famerp.br

** Enfermeira. Graduada na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). São José do Rio Preto, SP - Brasil.

*** Enfermeira. Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), Hospital de Base, Unidade Coronária. São José do Rio Preto-SP, Brasil.

**** Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Especializada da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, São Paulo, Brasil.

***** Enfermeira Doutora. Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), Hospital de Base, Superintendente Assistencial. São José do Rio Preto-SP, Brasil.

***** Enfermeiro Mestre. Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME), São José do Rio Preto-SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Na assistência em saúde, os indicadores são imprescindíveis para avaliação dos processos de trabalho, pois são uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado capaz de sintetizar, representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo válido em um contexto específico do que se quer mensurar¹. O aumento da competitividade entre as instituições na busca por excelência na qualidade do atendimento ao paciente e menor custo financeiro para a instituição exige dos profissionais competências para analisar o processo de trabalho e tomar decisões que visem à melhoria contínua da assistência². O planejamento, organização, direção e resultado das ações desenvolvidas fazem parte dos processos de trabalho das instituições hospitalares, especialmente as de ensino, por serem alvo de questionamentos e pesquisas, e estarem em constante avanço tecnológico e científico na busca de metas para melhorar a qualidade de serviços³.

Os indicadores de qualidade podem estar relacionados à assistência ou à gestão de pessoas. Dos assistenciais, um deles é a ocorrência de extubação não planejada ou acidental, que deve ser monitorada em unidades de terapia intensiva (UTIs)⁴. Nesses setores, os pacientes geralmente estão sob ventilação mecânica, por meio da intubação endotraqueal com suporte de vida. Alguns fatores relacionados à assistência de enfermagem na ventilação mecânica podem predispor ocorrência de eventos adversos, como por exemplo, a manipulação do tubo endotraqueal (troca da fixação do tubo, aspiração endotraqueal) e o manejo do paciente durante a realização de procedimentos, como a higiene corporal^{5,6}. Outros fatores também podem contribuir, entre eles, o transporte do paciente, sedação inadequada, agitação e/ou estado mental do paciente^{5,7}.

Quando a atividade envolve um colaborador/profissional de saúde com sobrecarga de trabalho, desmotivado, desatento ou simplesmente com ausência de um treinamento coerente para o setor, já que a UTI apresenta muita tecnologia e pacientes mais susceptíveis a infecção hospitalar, gera um alto índice da probabilidade de ocorrência do erro humano⁸. E o erro humano na área da saúde tem consequências como sanções administrativas ou legais, gerando no profissional medo, vergonha e tendência à ocultação do erro, e quando é

descoberto o evento, toda atenção fica voltada para "quem é o culpado?", tornando-se um ciclo vicioso na maioria das instituições, perdendo-se a oportunidade de buscar melhorias e conhecimentos para que se possa tomar melhores medidas para a prevenção de novas ocorrências⁸.

Na maioria dos eventos adversos a "culpa" é da equipe de enfermagem ali presente no momento; em poucos estudos é apresentada a autoextubação, que é quando o próprio paciente consegue retirar o tubo, assim prolongando seu tempo de tratamento em ventilação mecânica. Este tipo de extubação, na maioria das vezes, está relacionado ao nível de consciência do paciente, que é diminuído, com uso de sedação, devido à ventilação mecânica ser-lhe incômoda⁹. Porém, quando essa sedação é ineficiente, é necessário o uso da restrição mecânica no paciente para a sua segurança⁶.

No hospital em estudo, assim como em outros, é utilizado protocolo de restrição do paciente, onde são instituídas três ações que devem ser tomadas anteriormente ao uso de contenção do paciente, é obrigatório o preenchimento das indicações da restrição e avaliação a cada hora dessa restrição, devendo ser atualizado a cada 24h. Lembrando que o protocolo de restrição do paciente pode ser trabalhado de forma diferente em cada instituição, porém seguindo as normas e leis que nos regem. Nesse contexto, visando a segurança do paciente, a equipe de enfermagem deve atuar de forma a reduzir os riscos de extubação acidental e danos ao mínimo aceitável⁹⁻¹⁰.

O monitoramento de extubação acidental deve ser realizado uma vez que está intimamente ligado à qualidade do cuidado de enfermagem em UTI e pode causar aumento da morbidade e mortalidade^{11,12}. Após este evento, o paciente sofre consequências em vários âmbitos e, muitas vezes, torna-se necessária a reintubação, aumentando o uso da ventilação mecânica e do tempo de internação¹³. Dessa forma, exige avaliação das causas que levam à sua ocorrência para o desenvolvimento de ações preventivas.

As extubações acidentais, quando ocorrem, geralmente estão associadas ao cuidado de enfermagem, durante o banho no leito, mudança de decúbito, troca de fixação do tubo endotraqueal e transporte interno do paciente. Quando ocorre pode aumentar a

morbimortalidade, tempo de internação e ventilação mecânica, pela possível exposição à nova intubação endotraqueal, justificando-se o monitoramento desde que indicar⁶.

Por meio da caracterização dos incidentes de extubação acidental e grau de dano do evento, é possível direcionar ações para uma assistência mais segura ao paciente¹⁴. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a incidência de extubação acidental e grau de dano causado ao paciente, por meio de um sistema de notificação de eventos adversos em um hospital de ensino.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo e quantitativo, realizado em um hospital do noroeste paulista, de porte especial, geral, de ensino, com aproximadamente 700 leitos. É uma instituição de nível terciário, credenciada para atendimento de pacientes de alta complexidade, que atende 85% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas também presta serviços de saúde suplementar e particular. Além disso, destaca-se pelas atividades de ensino e pesquisa. Pertence à Rede de Hospitais Sentinela da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A amostra foi composta de pacientes adultos internados que tiveram a ocorrência de extubação acidental durante o período de internação, notificada por meio do sistema informatizado, no período de setembro de 2014 a agosto de 2015. Os critérios de exclusão foram notificações provenientes de outras instituições ligadas ao hospital de estudo, cujo monitoramento é realizado pela mesma Unidade de Gerenciamento de Riscos; presença de dados incompletos no sistema informatizado, sendo excluídas seis notificações.

A incidência de extubação acidental foi calculada utilizando-se as fórmulas do Manual de Indicadores de Enfermagem do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar, elaborado em parceria com o Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (PCQH)⁴. Para as extubações acidentais o cálculo realizado foi "nº de extubações não planejadas/nº de pacientes intubados-dia x 100".

A coleta de dados foi feita por meio de uma

ficha de notificação de eventos adversos, preenchida por profissionais de saúde, por meio do sistema informatizado no período de 12 meses. Estas fichas abrangem a identificação do notificador (nome, profissão, unidade de trabalho e data do cadastro da notificação), data de ocorrência do evento, identificação do paciente (quarto, leito, unidade de internação, nome e prontuário), tipo de evento, descrição e gravidade do dano. É importante destacar que em alguns casos ocorreram mais de um incidente com o mesmo paciente. Para determinar a gravidade do evento, utilizou-se a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Nenhum dano, Leve, Moderado, Grave, Morte)¹⁰.

Foram 32 casos de extubação acidental passíveis para análises de suas condutas, com base nos dados contemplados nas notificações e, além destes, foram pesquisadas no prontuário eletrônico do paciente informações complementares como: idade, raça, escolaridade, estado civil, procedência, profissão, religião, convênio, número de dias de internação, diagnóstico médico segundo a classificação internacional de doenças (CID-10), número de dias de permanência na UTI, número de dias em ventilação mecânica, a via do tubo endotraqueal, se foi realizado o protocolo de restrição do paciente (Escala de Morse), uso de sedação no dia do evento e desfecho da internação.

Os dados foram armazenados em banco de dados no *Microsoft Office Excel®*, analisados descritivamente em frequências absolutas e relativas e apresentados em tabelas. Foram calculados média e desvio padrão para as variáveis quantitativas (idade, tempo de internação, permanência na UTI e número de dias em ventilação mecânica.). O estudo seguiu as normas do CNS 466/12. Parecer nº 1.050.829.

RESULTADOS

São apresentados na Tabela 1 os índices de extubações acidentais notificados mensalmente. A incidência foi maior em janeiro de 2015 e menor em setembro de 2014.

Tabela 1 - Incidência de extubação acidental dos pacientes intubados. São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2017

	Índice de extubação acidental
Setembro/2014	0,07
Outubro/2014	0,27
Novembro/2014	0,20
Dezembro/2014	0,16
Janeiro/2015	0,59
Fevereiro/2015	-
Março/2015	0,15
Abril/2015	0,39
Mai/2015	-
Junho/2015	0,16
Julho/2015	-
Agosto/2015	-

A caracterização sociodemográfica e dados relacionados ao período da internação dos pacientes estão apresentados nas Tabelas 2 e 3, respectivamente.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos pacientes que sofreram extubação acidental. São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2017

Dados Sociodemográficos	N	%
Sexo		
Masculino	22	68,8
Feminino	10	31,2
Faixa etária Média: 44,8/ DP:28,03		
< 40 anos	16	50
41 a 60 anos	7	21,9
61 a 80 anos	8	25
> 80 anos	1	3,1
Raça		
Branca	27	84,4
Negra	2	6,2
Parda	3	9,4
Estado Civil		
Casado/União estável	12	37,5
Solteiro	15	46,9
Separado/Desquitado	3	9,4
Viúvo	2	6,2
Escolaridade		
Até Ensino Fundamental Incompleto	19	59,4
Até Ensino Médio Incompleto	11	34,4
Até Ensino Superior Incompleto	1	3,1
Até Especialização	1	3,1
Profissão		
Aposentados/Pensionistas	4	12,5
Atividade remunerada	19	59,4
Do lar	6	18,8
Estudante	2	6,2
Sem informação	1	3,1

Religião

Católica	23	71,8
Evangélica/Pentecostal	5	15,7
Outras	3	9,4
Nenhuma	1	3,1

Procedência

São José do Rio Preto	10	31,2
Região de São José do Rio Preto	21	65,7
Outro estado	1	3,1
Total	32	100

Tabela 3 - Dados sobre internação dos pacientes que sofreram extubação acidental. São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2017

Internação	N	%
Convênio		
SUS	29	90,6
Saúde Complementar	3	9,4
Diagnóstico Médico		
Grupo 1*	12	37,5
Grupo 2**	2	6,2
Grupo 3***	15	46,9
Grupo 4****	3	9,4
Tempo de internação Média: 26,1/ DP:18,55		
Até 7 dias de internação	3	9,4
8 a 15 dias de internação	6	18,7
16 a 30 dias de internação	14	43,8
> 30 dias de internação	9	28,1
Nº de dias na UTI Média: 13,7/DP:11,03		
Até 7 dias na UTI	13	40,7
8 a 15 dias na UTI	9	28,1
16 a 30 dias na UTI	8	25
> 30 dias na UTI	2	6,2
Desfecho da internação		
Alta	28	87,5
Óbito	4	12,5
Total	32	100

* Doenças dos sistemas Circulatorio, Respiratório, Digestivo e Genituri-nário./ ** Doenças Infecciosas e Parasitárias e Neoplasias./ *** Achados anormais de exames laboratoriais, causas externas ou consequência destas e fatores que influenciam o estado de saúde./ **** Outros (doenças do sistema nervoso; doenças do sangue; doenças do sistema endócrino; transtornos mentais; doenças do olho e anexos; doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo; gestação, parto e puerpério).

Os dados sobre caracterização do incidente, grau de dano, via do tubo endotraqueal, motivo da extubação, protocolo de restrição do paciente e uso de sedação encontram-se na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização do incidente. São José do Rio Preto-SP, Brasil, 2017

Incidente	N	%
Nº de dias sob Ventilação Mecânica	Média: 7,65/DP:7,11	
Até 7 dias de internação	18	56,25
8 a 15 dias de internação	10	31,25
16 a 30 dias de internação	4	12,5
> 30 dias de internação	-	-
Grau de dano		
Nenhum	7	21,9
Leve	14	43,7
Moderado	7	21,9
Grave	4	12,5
Via do Tubo		
Endotraqueal	27	84,4
Endotraqueal + Traqueostomia*	5	15,6
Motivo da extubação (tipo)		
Agitação/confusão	23	71,9
Déficit Sensitivo	1	3,1
Em uso de sedativo/pós uso	3	9,4
Manuseio do paciente	4	12,5
Não identificado	1	3,1
Protocolo de Restrição do Paciente		
Não	13	40,6
Sim	19	59,4
Sedação		
Não	24	75
Sim	8	25
Total	32	100

* Pacientes que inicialmente estavam intubados e, posteriormente, evoluíram para ventilação mecânica por meio de traqueostomia.

DISCUSSÃO

A incidência de extubações acidentais apresentou média de 0,2 no período de 12 meses, sendo que em fevereiro, maio, julho e agosto de 2015 não houveram eventos notificados. A maior taxa, de 0,59, ocorreu em janeiro de 2015, e mesmo esta foi abaixo do valor encontrado em um estudo realizado em Belo Horizonte, cuja incidência foi de 1,0⁵. Tal divergência pode estar relacionada com as estratégias implementadas em cada serviço.

Entre os casos de extubação acidental, 68,8% dos pacientes eram do sexo masculino, corroborando com outras pesquisas^{7,15,16} porém, divergiram de um estudo de coorte realizado em um hospital-escola de Florianópolis, no qual a maior parte dos pacientes era do sexo feminino¹⁴. É importante ressaltar que 50% dos pacientes tinham idade

menor que 40 anos, porém a média foi de 44,8 anos, com desvio padrão igual a 28,03. Em relação à faixa etária, um estudo realizado em UTI adulto de um hospital no município de São Paulo evidenciou maior ocorrência em idosos¹⁶. A raça, estado civil, religião, entre outros dados sociodemográficos não demonstraram relação significativa com a ocorrência do evento.

Em relação às características da internação, 90,6% foram atendidos pelo SUS, porém deve-se levar em conta que o serviço é referência para esse atendimento. Todos os eventos ocorreram em pacientes internados em UTIs, que são unidades fechadas e possuem equipes altamente especializadas.

O diagnóstico médico de 46,9% dos pacientes estava relacionado a achados anormais de exames laboratoriais, causas externas ou consequência destas e fatores que influenciam o estado de saúde. Em segundo lugar, 37,5% relativos às doenças do sistema circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário, divergindo de achados de estudos realizados em outro hospital escola, no qual, entre os pacientes que tiveram extubação não planejada, o diagnóstico de 25,5% era de doenças do sistema nervoso^{15,17}.

Os pacientes permaneceram internados em média 26 dias, considerada elevada pelo fato de 71,9% deles terem o tempo de internação superior a 15 dias. O tempo médio de dias de internação dentro das UTIs foi de 13,75. Essa taxa corroborou com achados de estudos realizados em hospitais do estado de São Paulo, que apresenta a média de permanência de 14,3 dias^{13,16}. Entretanto, divergiu de um estudo realizado em Belo Horizonte que apresentam um período médio de 12 dias e outro em Florianópolis cuja média foi de 8,2 a 10,8 dias de internação na UTI¹⁵. Estudo de revisão sobre erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar demonstrou que a incidência de extubação acidental aumenta proporcionalmente conforme o tempo sob ventilação mecânica e na UTI¹⁸.

Apesar do longo período de internação, 87,5% receberam alta hospitalar, fato que pode ser explicado pelo achado de um estudo realizado em UTI, que mostrou que a extubação acidental é a complicação menos frequente entre as complicações respiratórias⁷. Entretanto, é importante destacar que para 12,5% o desfecho clínico foi o óbito, percentual que coincidiu com um estudo realizado

em uma UTI Adulto no estado de São Paulo¹⁶.

O tempo médio do uso de ventilação mecânica foi 7,65 dias e 56,25% dos pacientes a utilizaram por até 7 dias, taxas inferiores ao encontrado em um estudo realizado em hospital pediátrico, no qual o tempo médio de uso da ventilação mecânica foi 11,2 dias⁵. Por outro lado, os achados foram superiores aos relatos do 2º Censo Brasileiro de UTIS, em que o tempo médio sob ventilação mecânica foi de 3 a 6 dias, com a maioria dos eventos adversos ocorrendo até o quarto dia¹⁹.

Todos os pacientes iniciaram o tratamento (ventilação mecânica) por meio de tubo endotraqueal e, posteriormente, 15,6% passaram a utilizar traqueostomia. A causa da extubação, em 71,9% dos casos, foi relacionada à agitação/confusão. Essa é uma das principais causas citadas em estudos⁷ associada à manipulação inadequada do paciente^{5,15,16,20}.

Em se tratando da agitação psicomotora, na qual o paciente apresenta risco de retirar dispositivos, a instituição possui protocolo de restrição do paciente para evitar que incidentes, como a extubação acidental, aconteçam. Este protocolo possui preenchimento diário obrigatório para todos os pacientes restritos na instituição, indicando os motivos para a restrição e ao menos três ações que foram tentadas antes de realizar a restrição física. Tal documento também implica na avaliação, a cada hora, da necessidade de manutenção da restrição. Apesar de ser um assunto polêmico, a restrição física é uma medida que pode limitar a remoção pelo próprio paciente de dispositivos necessários ao seu tratamento⁶.

Dos pacientes que tiveram extubação acidental, 59,4% possuíam o protocolo de restrição do paciente preenchido, evidenciando que nem todos os pacientes que foram classificados com agitação psicomotora (71,9%) estavam restritos. Já quanto ao uso de sedativo, 75% dos pacientes não estavam utilizando-o, fato que poderia explicar a ocorrência da agitação. Também foi constatado em outro estudo que a maioria dos pacientes que sofreram extubação não estavam em uso de sedação contínua, tampouco com os membros restritos^{5,16,20}.

Entretanto, vale ressaltar que, em muitos casos, a suspensão dos sedativos é proposital, para programação de extubação, após avaliação das respostas do cliente. Foi evidenciado por um estudo de revisão acerca de eficácia de protocolos de sedação *versus* interrupção diária

de sedação que, após utilização de ambos, as taxas de extubação acidental não se elevaram, sugerindo que pode haver baixa ocorrência do evento quando se abordam estratégias de redução de sedação²¹.

Apesar do evento, 65,6% deles foram classificados pelo enfermeiro como nenhum dano ao paciente ou dano leve, indicando que após o evento o paciente não necessitou de intervenção urgente, mantendo-se em respiração espontânea em nebulização. Já 34,4% foram classificados como moderado e grave, e para a maioria destes, houve a necessidades de reintubação e retorno de sedação. Em 91,6% dos casos a causa da extubação foi relacionada ao paciente, que de alguma forma ou em algum momento se autoextubou. Observou-se neste estudo que a descrição do evento não foi bem detalhada em aproximadamente 20% das notificações, prejudicando a análise do mesmo.

Um estudo realizado em UTI de um hospital-escola de Florianópolis evidenciou que os pacientes que apresentaram extubação acidental tiveram seu tempo de permanência em ventilação mecânica aumentado em 23%, apontando uma correlação entre a ocorrência do evento e o aumento do tempo de internação bem como do uso de ventilação mecânica¹⁵. Outro estudo, baseado em notificações dos eventos adversos de um hospital de ensino do interior de São Paulo, constatou que a ocorrência do evento é preocupante em relação ao cuidado de enfermagem nas UTIs²².

Em relação ao cuidado de enfermagem, os profissionais que atuam nas UTIs acreditam que há maior risco de extubação acidental durante o banho no leito, mudança de decúbito, transporte do paciente e troca de fixação do dispositivo respiratório⁶. Um estudo que objetivou capacitar os profissionais de enfermagem de UTIs acerca da extubação acidental associada aos cuidados de enfermagem mostrou que, após capacitação teórica das medidas preventivas, o nível de compreensão foi adequado²³.

CONCLUSÃO

A maioria dos eventos ocorreu com pacientes do sexo masculino, com idade até 40 anos, nos primeiros sete dias em ventilação mecânica, com período de internação prolongado, sendo as causas mais frequentes confusão e agitação do paciente. A maior parte dos pacientes recebeu alta hospitalar e a notificação do enfermeiro apontou que

o evento não causou danos graves.

A extubação acidental ocorreu principalmente em pacientes que apresentaram confusão e agitação psicomotora, portanto, o enfermeiro deve estar atento às condições do paciente, realização do protocolo de sedação

e de restrição ao leito, conforme rotinas institucionais, bem como a capacitação da equipe de enfermagem, abordando as medidas preventivas durante os cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Duarte SCM, Bessa ATT, Büscher A, Stipp MAC. Caracterização de erros na assistência de enfermagem em terapia intensiva. *Cogitare Enferm.* 2016;21(5):1-8.
2. Rossaneis MA, Gabril CS, Haddad MCL, Melo MRAC, Bernardes A. Indicadores de qualidade da assistência: opinião de enfermeiros gerentes de hospitais de ensino. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(4):798-804.
3. Pinto DM, Schons ES, Busanello J, Costa VZ. Segurança do paciente e a prevenção de lesões cutâneo-mucosas associadas aos dispositivos invasivos nas vias aéreas. *Rev Esc Enferm USP.* 2015; 49(5):775-82.
4. Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2ª. ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012.
5. Oliveira PCR, Cabral LA, Schettino RC, Ribeiro SNS. Incidência e principais causas de extubação não planejada em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012; 24(3):230-5.
6. Ramalho Neto JM, Nascimento LB, Silva GNS, Menezes MS, Nóbrega MML. Extubação acidental e os cuidados intensivos de enfermagem. *Rev Enferm UFPE.* 2014; 8(11):3945-52.
7. Silva LS, Mont'alverne DGB, Medeiros AIC, Silva AGCB, Carvalho EM. Características dos pacientes sob assistência fisioterapêutica na UTI de um hospital universitário: estudo epidemiológico transversal. *Rev. Fisioter S Fun.* 2015; 5(1):50-8.
8. Franco JN, Ribeiro G, D'Innocenzo M. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(6):927-32.
9. Benseñor FEM, Cicarelli DD. Sedation and analgesia in intensive care. *Rev Bras Anesthesiol.* 2003; 53(5):680-93.
10. World Health Organization (WHO). Conceptual framework for the international classification for patient safety. Final Technical Report. WHO; 2009 [Internet]. [citado em 20 nov. 2017]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
11. Garcia PC, Fugulin FMT. Tempo de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva adulto e indicadores de qualidade assistencial: análise correlacional. *Rev Latinoam Enferm.* 2012; 20(4):651-8.
12. Pedreira LC, Brandão AS, Reis AM. Evento adverso no idoso em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(3):429-36.
13. Lanzillotti LS, Seta MH, Andrade CLT, Mendes Junior WV. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2015; 20(3):937-46.
14. Claro CM, Krocokz DVC, Toffolletto MC, Padilha KG. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva: percepção dos enfermeiros sobre a cultura não punitiva. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):167-72.
15. Faraco MM, Nascimento ERP. Eventos adversos associados a ventilação mecânica invasiva no paciente adulto em uma unidade de terapia intensiva [dissertação]. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
16. Bohomol E, Park EIH. Registros do indicador de qualidade extubação não planejada de cânula endotraqueal em unidade de terapia intensiva. *Renome.* 2014; 3(1):33-42.
17. Reis HFC, Almeida MLO, Silva MF, Rocha, MS. A falência da extubação influencia desfechos clínicos e funcionais em pacientes com traumatismo crânio encefálico. *J Bras Pneumol.* 2013;39(3):330-8.
18. Pedrosa TMG, Couto RC. Erros e eventos adversos na assistência médico-hospitalar. *Rev Médica Minas Gerais.* 2014; 24(2):216-22.
19. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Censo AMIB 2010 [Internet]. 2010 [citado em 27 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/fileadmin/CensoAMIB2010.pdf>
20. Costa JB, Marcon SS, Macedo CRL, Jorge AC, Duarte PAD. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014; 26(2):122-9.
21. Nassar Júnior AP, Park M. Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016; 28(4):444-51.
22. Beccaria L, Pereira RAM, Contrin LM, Lobo SMA, Trajano DHL. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2009; 21(3):276-82.
23. Castellões TMFW, Silva LD. Resultados da capacitação para a prevenção da extubação acidental associada aos cuidados de enfermagem. *Rev Min Enf.* 2007; 11(2):168-75.

Recebido em: 15/06/2017

Aceito em: 20/05/2018