

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 1/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

1. OBJETIVO

Descrever o procedimento de desmame da ventilação mecânica com evolução para extubação orotraqueal ou traqueostomia (TQT).

2. RESPONSABILIDADES

2.1. MÉDICO

Avaliar a indicação da manutenção do suporte ventilatório e participar da avaliação para iniciar e progredir a retirada do suporte ventilatório.

2.2. FISIOTERAPEUTA

Avaliar em conjunto com a equipe médica a manutenção do suporte ventilatório e participação da avaliação para iniciar e progredir a retirada do suporte ventilatório, preenchendo o checklist de desmame ventilatório e extubação. Realizar a orientação da equipe multiprofissional sobre o desmame ventilatório do paciente.

2.3. ENFERMAGEM

Vigilância dos pacientes em processo de desmame da ventilação mecânica e participação nas etapas do desmame ventilatório incluídos no protocolo.

2.4. COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Supervisionar as programações assistenciais para cada paciente elegível ao processo de desmame de ventilação mecânica e avaliar o preenchimento do checklist.

2.5. FONOAUDIOLOGIA

Após 6 horas da extubação a equipe de fonoaudiologia do hospital é acionada para atuar com intervenção indireta quando paciente se mantiver com quadro clínico estável e Glasgow maior ou igual a 13.

3. ABRANGÊNCIA

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 2/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Porto Dias (HPD).

4. DESCRIÇÃO

O desmame da Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) é um processo de retirada gradual ou abrupta da ventilação, que começa após a resolução parcial ou completa da condição que levou o paciente à VMI. Refere-se ao processo de transição da ventilação mecânica invasiva para a ventilação espontânea nos pacientes que permanecem em VMI por tempo superior a 24 horas.

A retirada do tubo orotraqueal de paciente com diagnóstico suspeito ou confirmado de COVID 19, assim como, demais doenças de isolamento respiratório, é um processo delicado e que gera atenção redobrada por ser um procedimento considerado como disseminador de aerossóis. Diante disto, neste documento serão abordadas as indicações de despertar diário, preenchimento do checklist de desmame ventilatório e extubação, avaliação para realização de Teste de Respiração Espontânea (TRE), seja em tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia (TQT) e monitorização após o processo de desmame.

Deve-se avaliar o paciente diariamente, realizar a redução, modificação ou suspensão da sedação diária e verificar a capacidade de ventilação espontânea, visando à possibilidade da retirada da VMI, para diminuir o tempo de ventilação mecânica do paciente e conseqüentemente o seu tempo de internação e os custos relacionados a ele. Nas UTIs, é utilizado um checklist de extubação (Anexo I).

4.1. CONDIÇÕES ELEGÍVEIS PARA INICIAR O DESMAME VENTILATÓRIO

A avaliação para iniciar o desmame ventilatório deve ser baseada primeiramente na evidência de melhora clínica, oxigenação adequada, estabilidade hemodinâmica, bem como desmame de sedativos e drive respiratório satisfatório (FR 10).

4.2. REDUÇÃO DE PARÂMETROS DA VENTILAÇÃO MECÂNICA

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldon Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 3/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

A redução de parâmetros ventilatórios é realizada pelo fisioterapeuta de maneira individualizada, considerando as peculiaridades de cada paciente. Com o paciente em modo Pressão de Suporte (PSV), a pressão de suporte é gradativamente reduzida de 2 em 2 pontos a cada 8 horas, assim como a pressão positiva expiratória final (PEEP), até que a pressão de suporte esteja < 6 cmH₂O (acima de PEEP) e a PEEP < 7 cmH₂O, além de decrescer a FiO₂ até ≤ 40%. Se o paciente se mantiver confortável, com FR < 30 irpm, SpO₂ > 93%, sem esforço muscular ventilatório (P₀₁ < 3,5; P_{musc} < 15) e sem instabilidade hemodinâmica, estará elegível para o Teste de Respiração Espontânea (TRE) nas próximas horas. Não se deve utilizar o uso da modalidade ventilatória ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV), pois pode prolongar o período de retirada da VMI.

4.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA A REALIZAÇÃO DO CHECKLIST PARA EXTUBAÇÃO

Pacientes que se enquadrem nos critérios acima mencionados estão aptos a progredir o desmame ventilatório; ou que estejam em modalidade ventilatória com PSV compatíveis com o checklist, exceto em casos de pós-cirúrgicos onde o paciente apresenta apenas narcose residual. O preenchimento do checklist de extubação é obrigatório e deve ser realizado pelo médico e fisioterapeuta da unidade.

4.4. TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA EM PACIENTES INTUBADOS

O fisioterapeuta poderá realizar os testes após a aplicação do checklist de desmame ventilatório, realizando previamente o Cuff leak test (fisioterapeuta realiza aspiração prévia da prótese traqueal e cavidade nasal e oral do paciente, realiza a desinsuflação do cuff e a ausculta da traquéia para identificar a presença ou não de

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 4/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

estridor laríngeo. Caso haja estridor laríngeo, deve-se acionar a equipe médica para prescrição de terapia com corticóides conforme Anexo I).

Após essa etapa, deve-se realizar o TRE de duas maneiras possíveis: a) em modalidade ventilatória, no modo CPAP onde se usa apenas uma PEEP = 5cmH₂O com FiO₂ ≤ 40%, SEM uso de Pressão de Suporte; e b) para pacientes com tempo de prótese ventilatória maior que 7 dias e em cardiopatas realizar o TRE em névoa úmida via Tubo T com auxílio de O₂ suplementar 4l/min, tendo como alvo SpO₂ 92% a 96%, mantendo o paciente sob avaliação por um tempo de 30 minutos.

O médico plantonista deve avaliar, em conjunto com o fisioterapeuta, os critérios de sucesso ou falha antes de proceder à extubação. O fisioterapeuta deve explicar o procedimento ao paciente, avaliar a necessidade de aspiração em tubo orotraqueal, vias aéreas e cavidade oral antes de proceder à extubação, além de posicionar o paciente em decúbito elevado (35 a 45°).

4.5. PARÂMETROS CLÍNICOS E FUNCIONAIS PARA INTERROMPER O TESTE DE RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

De acordo com o Terceiro Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (2007), os parâmetros clínicos e funcionais que demonstram insucesso no teste de respiração espontânea são:

Parâmetros	Sinais de intolerância ao teste
Frequência respiratória	>35 ipm
Saturação arterial de O ₂	<90%
Frequência cardíaca	>140 bpm
Pressão arterial sistólica	>180 mmHg ou < 90 mmHg
Sinais e sintomas	Agitação, sudorese, alteração do nível de consciência

Abreviaturas: ipm = inspirações por min; bpm = batimentos por min.

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldon Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 5/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

Os pacientes que falharem no teste inicial precisam retornar à ventilação mecânica nos parâmetros anteriores ao teste e permanecer por 24h, expresso por avaliação clínica para repouso da musculatura.

4.6. EXTUBAÇÃO

4.6.1. Extubação

O tubo endotraqueal é removido de forma mais suave possível para evitar manipulações vigorosas, se necessário, é estimulado à tosse do paciente para a retirada da prótese ventilatória. O tubo é descartado conforme preconizado pela CCIH (lixo infectante).

Após procedimento, avaliar a necessidade de instalação de oxigênio suplementar na menor fração possível de oxigênio inspirado, respeitando a saturação alvo, preferencialmente por cânula nasal de baixo fluxo.

O médico plantonista fica de prontidão durante a extubação, caso seja necessária uma reintubação rápida.

4.6.2. Ventilação Mecânica não Invasiva Pós-Extubação

Após a extubação, é imperativo considerar o uso da ventilação não invasiva (VNI) de forma profilática e preventiva nos pacientes que apresentaram desmame ventilatório difícil e prolongado; bem como nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e que possuem aumento da Impedância Respiratória. Não é recomendado instalar VNI de forma curativa após a extubação. A adaptação e sucesso da VNI devem ser reavaliadas nas primeiras 6 horas através da escala de HACOR (ANEXO II).

- VNI Facilitadora: recomendada para “facilitar”, “encurtar”, interromper precocemente a VM em pacientes portadores de DPOC, mesmo naqueles que não passaram no TRE, desde que sob condição clínica adequada.

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 6/19
PROCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

- VNI Preventiva: para prevenir a falha de extubação imediatamente após a retirada da via aérea artificial, em pacientes selecionados como de maior risco: Insuficiência cardíaca congestiva; Hipercapnia pós extubação; mais de uma falência consecutiva no desmame da VM; Idade > 65 anos; múltiplas comorbidades; obesos.

4.7. TRAQUEOSTOMIA

A traqueostomia (TQT) é indicada em pacientes com previsão de suporte ventilatório mecânico acima de 10 dias. A traqueostomia precoce pode ser indicada antes de completar 7 dias de intubação para os pacientes que durante a avaliação multiprofissional se encaixarem no perfil de pacientes que não têm possibilidade de extubação devido aos seguintes fatores: neurológicos, cirúrgicos, neoplásicos, pacientes que não conseguem passar no TRE por duas vezes consecutivas; redução da capacidade muscular (miopatia da doença crônica, lesão diafragmática, doenças neuromusculares, lesão da medula espinhal); desequilíbrio entre a carga respiratória e a capacidade muscular pulmonar; obstrução alta de vias aéreas (estenose traqueal, laringotraqueomalácia).

Na maioria das vezes, a realização da traqueostomia é indicada nos pacientes com tempo prolongado (10 a 14 dias) de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) e no manuseio dos portadores de desmame difícil da prótese ventilatória, oferecendo maior segurança e conforto para o paciente. Isto permite a retirada do tubo traqueal e a diminuição da sedação durante o tempo da ventilação mecânica, a redução do tempo de ventilação artificial, da incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e do tempo de internação hospitalar.

4.7.1. Teste de respiração espontânea em pacientes traqueostomizados (ANEXO III)

O teste de respiração ocorre quando o paciente se encontra em pressão positiva

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldon Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 7/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

contínua em vias aéreas (CPAP) com PEEP de 6-7 cmH₂O ou com ventilação com pressão de suporte (PSV) com PS de 6 cmH₂O, PEEP de < 7 cmH₂O e FiO₂: ≤40%. Após decisão multidisciplinar, é iniciado o desmame da ventilação mecânica, conectando a uma peça em forma de “T”, com uma fonte enriquecida de oxigênio com fluxo adequado para SpO₂ alvo acima de 93%.

Para pacientes que apresentem desmame difícil da ventilação mecânica ou que falharam em duas tentativas de extubação, o processo ocorre da seguinte forma: 1º dia em macronebulização (MNC) durante 3 horas por turno; 2º dia treino em macronebulização 6h dividido em 2 turnos com intervalo de repouso na VM de 4h; paciente na VM a noite; 3º dia treino em macronebulização durante 12h com descanso noturno em VM; 4º dia treino em macronebulização contínua por 24 horas.

O paciente não deve apresentar durante o teste os sinais clínicos e funcionais já mencionados no TRE para extubação. O desmame bem-sucedido ocorre quando o paciente permanece por 48 horas contínuas fora da ventilação mecânica invasiva. Os pacientes cujo desmame da ventilação for difícil devem ser avaliados e direcionados para iniciar Treino Muscular Respiratório (TMR). Caso o sucesso do desmame não ocorra após a inclusão em TMR e mais de duas tentativas de treino de endurance, deve-se indicar uso de Bipap para progressão de desmame ventilatório.

4.8. CONDUTA DO PACIENTE QUE FALHOU NO TESTE

Os pacientes que falharam no teste inicial deverão retornar à ventilação mecânica e permanecer por 24h em um modo ventilatório que ofereça conforto, expresso por avaliação clínica para repouso da musculatura.

5. MARCADORES

- Média do tempo total de ventilação mecânica em pacientes extubados;

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 8/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

- Média do tempo total de ventilação mecânica em pacientes que evoluíram para traqueostomia;
- Número de pacientes que evoluíram para extubação em 10 dias de ventilação mecânica;
- Número de pacientes que evoluíram para traqueostomia em 10 dias de ventilação mecânica.

6. INDICADORES


- Sucesso de desmame ventilatório;
- Porcentagem de pacientes extubados, dentro do período mensal;
- Percentual de pacientes traqueostomizados que se mantiveram sem suporte ventilatório por 48h contínuas;
- Meta: acima de 85%.
- Taxa de Falha de Extubação (Meta: menor que 15%).

7. REFERÊNCIAS

Girard TD, Alhazzani W, Kress JP, Ouellette DR, Schmidt GA, Truwit JD, Burns SM, Epstein SK, Esteban A, Fan E, Ferrer M, Fraser GL, Gong MN, Hough CL, Mehta S, Nanchal R, Patel S, Pawlik AJ, Schweickert WD, Sessler CN, Strøm T, Wilson KC, Morris PE; ATS/CHEST Ad Hoc Committee on Liberation from Mechanical Ventilation in Adults. An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests. Am J Respir Crit Care Med. 2017 Jan 1;195(1):120-133. doi: 10.1164/rccm.201610-2075ST. PMID: 27762595.

Brewster DJ, Chrimes NC, Do T, et al. Consensus statement: Safe airway Society principles of airway management and tracheal intubation specific to the COVID- 19

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 9/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

adult patient group. The Medical Journal of Australia, 2020.

EBSERH. Protocolo clínico COVID-19, desmame ventilatório e extubação em pacientes com covid-19. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, Santa Catarina. Março, 2020.

Hospital Sírio-Libanês, orientações para a equipe assistencial no manejo do paciente com infecção suspeita ou confirmada pelo covid-19; São Paulo. Maio 2020.

Ladeira MT, Vital FM, Andriolo RB, Andriolo BN, Atallah ÁN, Peccin MS. Pressure support versus T-tube for weaning from mechanical ventilation in adults. Cochrane Database Syst Rev 2014;167. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006056.pub2>

Thomas P, Baldwin C, Bisselt B, et al. Physiotherapy Management for COVID- 19 in the Acute Hospital Setting: Recommendations to guide clinical practice, 2020.

MENDES, F.; RANEA, P.; OLIVEIRA, A. C. T. de. Protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v. 10, n. 20, jul./set. 2013, ISSN (impresso): 1807-8850, ISSN (eletrônico): 2318-2083.


Salam A, Tilluckdharry L, Amoateng-Adjepong Y, Manthous CA. Neurologic status, cough, secretions and extubation outcomes. Intensive Care Med. 2004;30(7):1334-9.

CAVALHEIRO, L. V. Extubação. Profisio. Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto. Ciclo 1, módulo 4. Artmed: Porto Alegre, 2010.

Suárez AA, Pessolano FA, Monteiro SG, Ferryra G, Capria ME, Mesa L, et al. Peak flow and peak cough flow in the evaluation of expiratory muscle weakness and bulbar impairment in patients with neuromuscular disease. Am J Phys Med Rehabil. 2002;81(7):506-11.

Bach JR, Bianchi C, Vidigal-Lopes M, Turi S, Felisari G. Lung Inflation by Glossopharyngeal Breathing and "Air Stacking" in Duchenne Muscular Dystrophy.

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 10/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

Am J Phys Med Rehabil. 2007;86(4):295-300.

Kang SW, Bach JR. Maximum insufflation capacity: vital capacity and cough flows in neuromuscular disease. Am J Phys Med Rehabil. 2000;79(3):222-7.

Tzeng AC, Bach JR. Prevention of pulmonary morbidity for patients with neuromuscular disease. Chest. 2000;118(5):1390-6.

Kang SW, Kang YS, Moon JH, Yoo TW. Assisted cough and pulmonary compliance in patients with Duchenne Muscular Dystrophy. Yonsei Med J. 2005;46(2):233-8.

Sancho J, Servera E, Díaz J, Marín J. Efficacy of mechanical insufflation exsufflation in medically stable patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis. Chest. 2004;125(4):1400-5.

Jiang C, Esquinas A, Mina B. Evaluation of cough peak expiratory flow as a predictor of successful mechanical ventilation discontinuation: a narrative review of the literature. J Intensive Care. 2017 Jun 2;5:33. doi: 10.1186/s40560-017-0229-9. PMID: 28588895; PMCID: PMC5457577.

MacIntyre NR, Cook DJ, Ely EW, Jr, et al. 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(suppl 6):375S-3.

8. ANEXOS

ANEXO I - CHECKLIST DE EXTUBAÇÃO SEGURA

1. CAUSA QUE LEVOU A INTUBAÇÃO FOI RESOLVIDA?
<input type="checkbox"/> SIM – INICIAR PROTOCOLO <input type="checkbox"/> NÃO
2. ESTABILIDADE CLÍNICA/HEMODINÂMICA/INFECCIOSA?
<input type="checkbox"/> SIM – CONTINUAR O PROTOCOLO <input type="checkbox"/> NÃO – MANTER VM PROTETORA E AGUARDAR ESTABILIDADE

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 12/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

ANEXO II – HACOR

Variáveis	Categoria (j)	Pontuação
Frequência Cardíaca <i>bpm</i>	≤ 120	0
	≥ 121	1
pH	≥ 7.35	0
	7.30 - 7.34	2
	7.25 - 7.29	3
	< 7.25	4
Escala de Coma de Glasgow	15	0
	13 - 14	2
	11 - 12	5
	≤ 10	10
PaO ₂ /FiO ₂	≥ 201	0
	176 - 200	2
	151 - 175	3
	126 - 150	4
	101 - 125	5
	≤ 100	6
Frequência respiratória <i>respirações/min</i>	≤ 30	0
	31 - 35	1
	36 - 40	2
	41 - 45	3
	≥ 46	4

Escala de avaliação de probabilidade de falha da ventilação não invasiva (VNI)
 > 5 maior probabilidade de falência

ANEXO III - ESTÁGIOS PARA DESMAME VENTILATÓRIO DA TRAQUEOSTOMIA

ESTÁGIO PARA RETIRADA DO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO DA VENTILAÇÃO MECÂNICA
--

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 13/19
PROCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

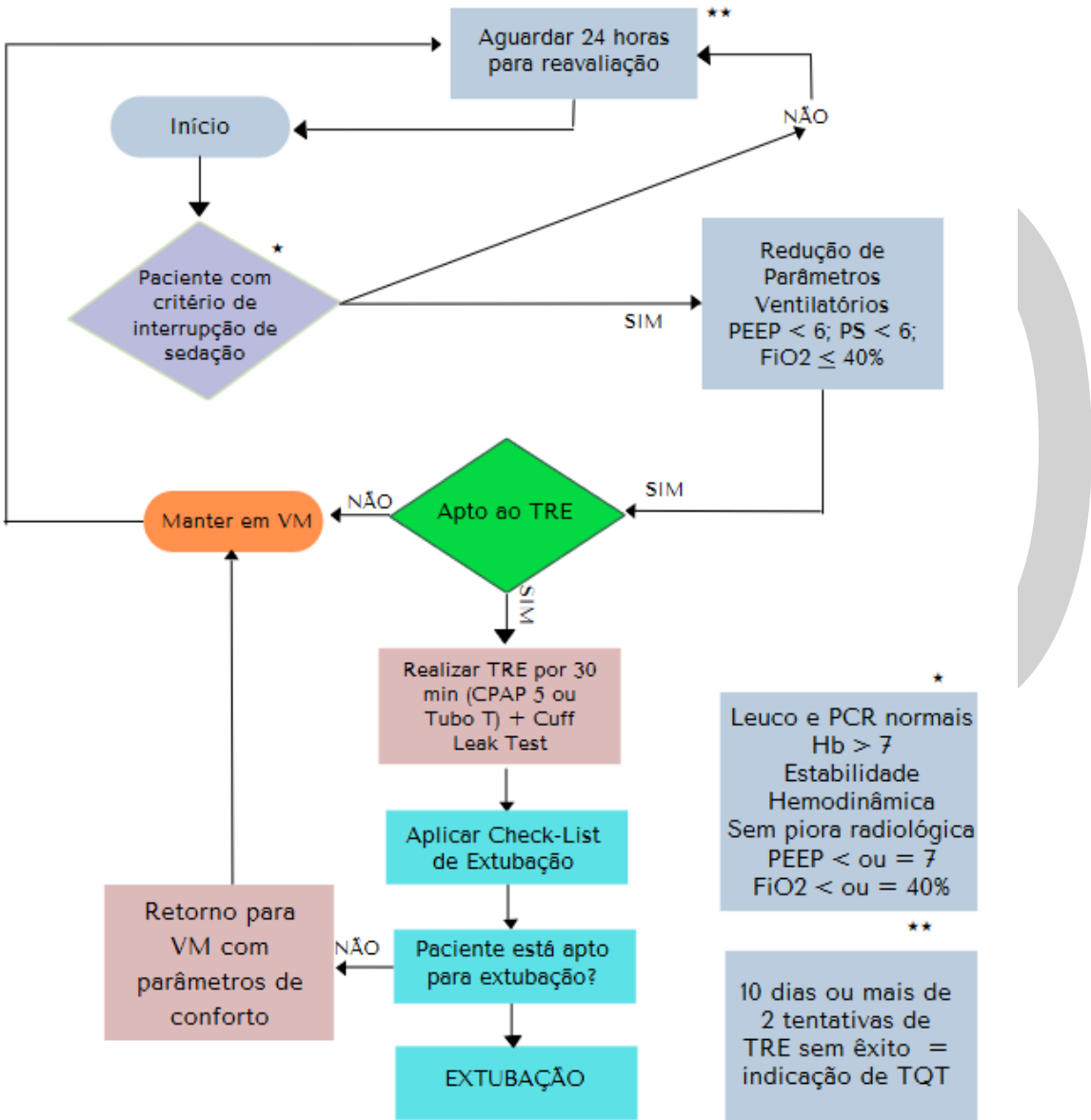
1º dia Treino de 3 horas em cada turno	<ul style="list-style-type: none"> • Manhã 3 horas. Em caso de falha justificar o motivo pelo qual não conseguiu cumprir o treino. • Tarde 3 horas. Em caso de falha justificar o motivo pelo qual não conseguiu cumprir o treino. • Noite 3 horas. Em caso de falha justificar o motivo pelo qual não conseguiu cumprir o treino.
2º dia Treino de 6 horas em dois turnos	<ul style="list-style-type: none"> • 6h em dois períodos fora da ventilação. Em caso de falha justificar o motivo pelo qual não conseguiu cumprir o treino e quantificar as horas que conseguiu ficar fora da ventilação mecânica.
3º dia Treino de 12 horas contínuas fora da ventilação mecânica	<ul style="list-style-type: none"> • 1h a 12h contínuas fora da ventilação mecânica. Em caso de falha justificar o motivo pelo qual não conseguiu cumprir o treino e quantificar as horas que conseguiu ficar fora da ventilação mecânica.
4º dia Treino de 24 horas contínuas fora da ventilação mecânica	<ul style="list-style-type: none"> • 1h a 24h contínuas fora da ventilação mecânica. Em caso de falha justificar o motivo pelo qual não conseguiu cumprir o treino e quantificar as horas que conseguiu ficar fora da ventilação mecânica.

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 14/19
PROCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

ANEXO IV - FLUXOGRAMA DE DESMAME VENTILATÓRIO TUBO OROTRAQUEAL

FLUXOGRAMA DE DESMAME VENTILATÓRIO

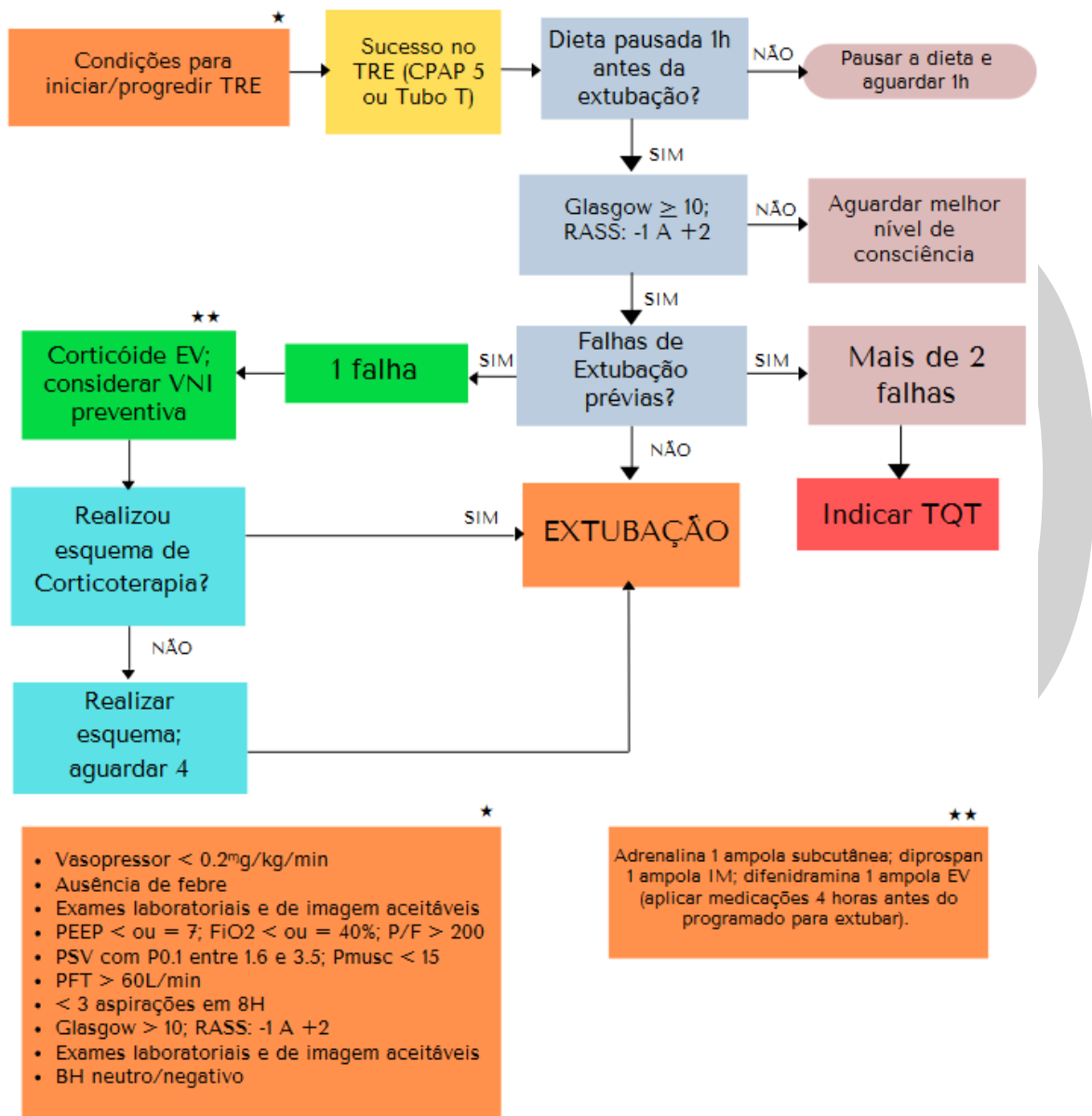


Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldon Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 15/19
PROCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

ANEXO V - FLUXOGRAMA DO CHECKLIST DE EXTUBAÇÃO

FLUXOGRAMA DO CHECK-LIST DE EXTUBAÇÃO

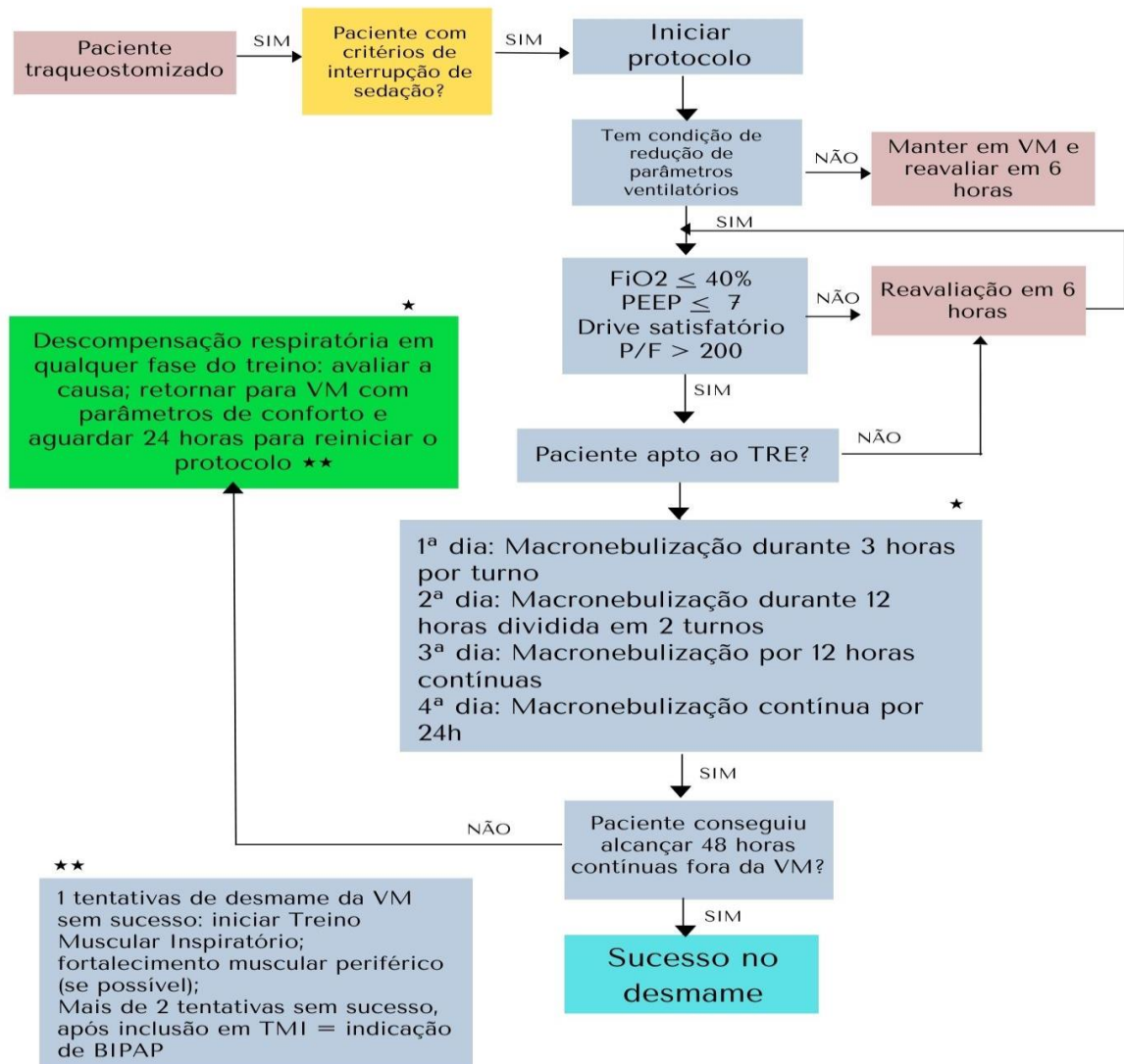


Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldon Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 16/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

ANEXO VI - FLUXOGRAMA DE DESMAME VENTILATÓRIO NO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO (DESMAME DIFÍCIL)

FLUXOGRAMA DE DESMAME NO PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO



Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--

	HOSPITAL PORTO DIAS	Data 1ª versão: 05/05/2021
		Ult. Revisão: 01/04/2024
		Vencimento: 01/04/2026
		Versão: 03
		Nº Páginas: 17/19
PROTOCOLO	DESMAME VENTILATÓRIO HPD-REAB-PT-04	

9. QUADRO RECAPITULATIVO

Descrição da Revisão	Versão	Data
Emissão inicial	01	05/05/2021
Realizada revisão geral e feito as seguintes alterações nos seguintes itens: 4; 4.2; 4.3;4.4; 4.6.2; 4.7.1; 7 e 8.	02	01/07/2022
Retirado do item 4: o 2 parágrafo e acrescentado no item 4.7; Acrescentado no item 4: -Condição que levou o paciente à VMI -Redução, modificação Acrescentado no item 4.2: P01 < 3,5; Pmusc < 15 Acrescentado no item 4.3: -Se enquadrem nos critérios acima mencionados Acrescentado no item 4.6.1: avaliar a necessidade de instalação; Modificado Anexo VII – incluso fortalecimento muscular periférico (se possível)	03	01/04/2024

Elaboração e Revisão: Ft. Jhonhy Sheldom Nunes Coordenação Reabilitação	Validação: Enf. ^a Vaneska Tainá Qualidade	Aprovação: Marina Azevedo Qualidade
--	---	--