



Revista Bioética

ISSN: 1983-8042

ISSN: 1983-8034

Conselho Federal de Medicina

Lage, Julieth Santana Silva; Pincelli, Agatha de Souza Melo; Furlan, Jussara Aparecida Silva; Ribeiro, Diego Lima; Marconato, Rafael Silva
Extubação paliativa em unidade de emergência: relato de caso
Revista Bioética, vol. 27, núm. 2, 2019, Abril-Junho, pp. 313-317
Conselho Federal de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272315>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361570647016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

PESQUISA

Extubação paliativa em unidade de emergência: relato de caso

Julieith Santana Silva Lage¹, Agatha de Souza Melo Pincelli², Jussara Aparecida Silva Furlan³, Diego Lima Ribeiro⁴, Rafael Silva Marconato⁵

1. Departamento enfermagem, Hospital de Clínicas da Unicamp, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus São Paulo/SP, Brasil. 2. Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas Unicamp, Campinas/SP, Brasil. 3. Faculdade de Enfermagem, Enfermeira Centro de Atenção Integral a Saúde da Mulher (Caism), Unicamp Campinas/SP, Brasil. 4. Departamento de Clínica Médica e médico, Unidade de Emergência do Hospital de Clínicas, Unicamp, Campinas/SP, Brasil. 5. Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Enfermagem Hospital de Clínicas, Unicamp, Campinas/SP, Brasil.

Resumo

As unidades de emergência recebem pacientes mais graves, com doenças agudas ou crônicas, e sujeitos a sequelas ou danos irreversíveis. Nesses casos, priorizam-se cuidados paliativos para oferecer mais qualidade de vida, conforto físico, emocional, social e espiritual, elementos essenciais para o término da vida. Uma das formas de proporcionar maior bem-estar é a extubação paliativa, ou seja, a retirada do tubo orotraqueal, que tem o propósito de evitar o prolongamento do processo de morte do enfermo e aliviar o sofrimento de todos os envolvidos. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi refletir sobre essas questões a partir do relato de caso de paciente sujeita a extubação paliativa em unidade de emergência referenciada.

Palavras-chave: Emergências. Cuidados paliativos. Extubação.

Resumen

Extubación paliativa en una unidad de emergencia: relato de caso

Las unidades de emergencia reciben los pacientes más graves, con enfermedades agudas o crónicas, y sujetos a secuelas o daños irreversibles. En estos casos, se priorizan los cuidados paliativos, para ofrecer más calidad de vida, confort físico, emocional, social y espiritual, elementos esenciales en el fin de la vida. Una de las formas de proporcionar mayor bienestar es la extubación paliativa, es decir, la extracción del tubo endotraqueal, que tiene el propósito de evitar la prolongación del proceso de muerte del enfermo y aliviar el sufrimiento de todos los involucrados. De esta forma, el objetivo de este trabajo fue reflexionar sobre tales cuestiones a partir del relato de caso de una paciente sujeta a extubación paliativa en una unidad de emergencia referenciada.

Palabras clave: Urgencias médicas. Cuidados paliativos. Extubación traqueal.

Abstract

Palliative extubation in emergency units: a case report

Emergency units receive patients of greater severity with acute or worsened chronic conditions, and subject to sequelae or irreversible damages. In these cases, palliative care is prioritized, aiming to provide a better quality of life, with measures that promote physical, emotional, social and spiritual comfort, as essential elements of care for the end of life. One of these forms of comfort is palliative extubation, that is, the removal of the orotracheal tube, which is intended to alleviate suffering and avoid the prolongation of the death process for all those involved. Thus, the purpose of this study was to reflect on these issues from the case report of a patient subject to palliative extubation performed in a reference emergency unit.

Keywords: Emergencies. Palliative care. Airway extubation.

As unidades de emergência normalmente recebem pacientes com doenças de maior gravidade e sujeitos a sequelas ou com agudização de doenças crônicas¹. O que se tem percebido atualmente nesses serviços é que muitas dessas enfermidades são de difícil controle ou causam danos irreversíveis, decorrentes do próprio processo de evolução da doença, necessitando de novas medidas para proporcionar mais conforto e qualidade de vida a esses enfermos.

Além disso, como aponta a literatura, deve-se considerar que, devido à gravidade da doença, muitas famílias vivenciam a morte do doente na própria unidade de emergência², o que traz à tona a necessidade de preparar tanto a equipe de saúde quanto os familiares envolvidos para lidar com esse tipo de situação. Esse preparo pode ser feito antecipadamente, quando todos os envolvidos já sabem do prognóstico da doença e da ineficácia das medidas curativas, tendo em vista a gravidade do quadro. Nesse caso, entram em cena os cuidados paliativos, que podem ser mais benéficos do que quaisquer ações de salvamento.

Atualmente, a literatura tende a enfatizar mais o “morrer com dignidade” do que prolongar inutilmente o sofrimento do paciente e de sua família com tratamentos fúteis³. Dessa forma, priorizam-se nesses casos os cuidados paliativos para *dar mais qualidade ao tempo de vida, com medidas que promovam o conforto físico, emocional, social e espiritual*⁴, e com isso reduzir os custos de tratamentos desnecessários⁵⁻⁹.

As pessoas associam cuidados paliativos ao processo do morrer imediato; no entanto, a literatura deixa claro que esse tipo de assistência não se limita ao término da vida. Os cuidados paliativos devem ser oferecidos junto com terapias vitais para pessoas com doenças graves e crônicas, para promover o bem-estar mesmo que não impeça o curso natural da doença e a morte inesperada¹.

Uma das formas de dar certo alívio ao paciente no serviço de emergência é a retirada de medidas invasivas. Remover a ventilação mecânica é ação mais frequente em antecipação à morte¹⁰. Já a extubação paliativa é aplicada em pacientes cuja morte já é esperada: ela é considerada como parte da transição para atendimento que gere medidas de conforto para aquele paciente, já que se concluiu de antemão que a assistência médica previamente prestada de forma agressiva é incapaz de atender às metas esperadas, e dessa forma o paciente não poderia se beneficiar da continuidade da ventilação mecânica^{11,12}.

A remoção do tubo endotraqueal durante as intervenções que precedem a morte não deve ser considerada simplesmente procedimento médico, mas cuidado que alivia o sofrimento e evita prolongar a morte¹³. No entanto, deve-se garantir que a equipe de saúde aborde a família de maneira apropriada, permitindo que o processo do luto se inicie precocemente, com o devido suporte psicológico e controle de sintomas e bem-estar do paciente, caso ele recupere a consciência após a extubação.

É preciso também providenciar documentação que respalde esse cuidado e minimize os possíveis impactos negativos sobre a equipe de saúde¹³. Como demonstrado por alguns estudos, a extubação paliativa adequada está *associada a uma maior satisfação familiar*¹⁴ e diminuição da incidência de depressão entre os membros da família³. No entanto, apesar dos benefícios, essa prática ainda enfrenta algumas barreiras em unidades de emergência^{1,2,5}.

Não foram encontrados muitos relatos de caso referentes à realização dessa prática na literatura. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi apresentar o relato de caso de uma paciente sujeita a extubação paliativa em unidade de emergência.

Método

Trata-se de relato de experiência que apresenta fatos e sentimentos dos envolvidos em procedimento de extubação paliativa ocorrido no mês de junho de 2017 na unidade de emergência referenciada (UER) do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Os dados foram coletados em julho do mesmo ano, cerca de um mês após o falecimento da paciente, e reunidos com base nos procedimentos descritos e na leitura do prontuário da paciente. O projeto foi submetido ao comitê de ética da instituição e o termo de consentimento livre e esclarecido foi julgado dispensável.

Resultados

Natural de Campinas, a paciente tinha 80 anos e era hígida, hipertensa, diabética e dislipidêmica. Foi trazida para o serviço pré-hospitalar em junho de 2017, depois de ter sido encontrada irresponsiva pelo irmão em seu quarto pela manhã. Chegou ao serviço de emergência com índice 5 na escala de coma de Glasgow, pupilas anisocóricas e em estado de descerebração.

Admitida na urgência, optou-se por intubação orotraqueal após a tomografia do crânio, quando foi diagnosticado acidente vascular encefálico isquêmico na região do tronco cerebral. Após estabilização do quadro, a paciente foi transferida para a sala de cuidados intensivos da unidade de emergência, onde foi mantida sob ventilação mecânica.

Os familiares estiveram presentes em todos os horários de visita, acompanhando de perto a evolução do quadro da paciente. Percebiam o sofrimento e a piora da paciente, inclusive relatando o fato à equipe. Entre o terceiro e o oitavo dia da admissão da paciente no serviço de emergência, a equipe médica compartilhou com a família e equipe multidisciplinar o mau prognóstico da doença. Foram informados de que a paciente não conseguiria mais desempenhar suas atividades diárias, estaria totalmente dependente de cuidados básicos, como se alimentar e tomar banho, e não poderia mais conversar ou compreender as pessoas. Portanto, sob essa condição irremediável e irreversível, poderia passar por um processo de morte mais prolongado, com mais sofrimento e dor.

A família entendeu o quadro e percebeu que deixá-la nessa situação só traria mais tormentos à paciente e a seu círculo social. Depois dessa conversa, a equipe abordou questões ligadas aos cuidados paliativos, o conforto propiciado pela equipe multiprofissional e a importância da visita e/ou permanência da família, mesmo fora dos horários instituídos. Ressaltou-se ainda que a permanência do tubo orotraqueal e das drogas vasoativas não reverteriam o quadro da paciente, e poderiam causar mais danos ainda. Após consenso entre equipe e familiares, foram aplicadas medidas de conforto, inclusive a extubação paliativa.

A paciente foi extubada após nove dias de internação. Mesmo assim seguiu com índice Glasgow 5, com resposta ocular aos chamados, eupneica em ar ambiente, fisionomia confortável e sem sinais de dor, recebendo cuidados intensivos e básicos como banho, mudança de decúbito e dieta por sonda nasointestinal. Seguiu acompanhada 24 horas por dia pela equipe de saúde e família, e faleceu cinco dias após a extubação.

Discussão

A apresentação desse caso se deve à baixa aplicabilidade da extubação em nosso meio. Diante do contexto em que intervenções médicas cada vez mais agressivas não reverterem a grave evolução de certas doenças, a presença contínua do tubo

orotraqueal é apontada em muitos casos como prolongamento de morte agonizante. A extubação paliativa é realizada justamente para se evitar essa situação dramática. Os profissionais de unidades de emergência devem aprender a pôr em prática procedimentos que visem não só o tratamento e a cura de doenças, mas também os voltados a encurtar o sofrimento do paciente, em situações muitas vezes inevitáveis e cada vez mais frequentes¹³.

A literatura sobre o assunto mostra que especialistas em cuidados críticos podem identificar quais pacientes estão em tratamentos que prolongam a vida, mas que, ao mesmo tempo, geram mais sofrimento antes da morte iminente^{11,13}. Sendo assim, é necessário que o médico avalie e confirme o diagnóstico desses pacientes sujeitos a extubação paliativa e também verifique se a unidade onde estão internados pode proporcionar suporte aos familiares e oferecer os devidos cuidados paliativos.

No caso da paciente em questão, a UER tinha uma sala de cuidados intensivos com cinco leitos e suporte semelhante ao de unidade de terapia intensiva convencional, espécie de retaguarda da sala de emergência, que tem o objetivo de prover cuidados intensivos a pacientes em estado crítico até o remanejo para as devidas unidades de internação. Além de suporte hemodinâmico, nessa sala é dada maior atenção a pacientes e familiares, já que a equipe tem mais espaço, há menos rotatividade em relação à emergência e dois horários disponíveis para visita. Esses fatores permitiram que houvesse mais contato e fossem criados mais vínculos entre pacientes, familiares e equipe de saúde, uma vez que os profissionais atendiam os enfermos 24 horas por dia e podiam garantir cuidado integral.

Todos estes aspectos seguem aquilo que é recomendado na literatura, uma vez que foi possível integrar diversas questões na unidade de emergência. Antes da extubação, a equipe que cuidava da paciente foi reunida para receber explicações sobre a situação e conhecer melhor o conceito de extubação paliativa, justamente para que fossem sanadas dúvidas e a equipe se sentisse mais segura em relação ao procedimento. Isso foi de grande importância neste caso, pois o temor em relação a essa questão já foi apontado por alguns estudos, ainda mais considerando que geralmente os profissionais de saúde enfrentam outras barreiras, como sobrecarga de trabalho, superlotação, desorganização no local de trabalho, falta de conhecimento sobre o assunto e estresse emocional^{1,2,5}.

É fundamental convocar a família, esclarecer as dúvidas, expor a situação atual do paciente e

as medidas cabíveis que possam garantir o melhor possível para ele. Os familiares neste relato de caso optaram por não presenciar o momento de retirada do tubo, o que nos lembra da importância de respeitar todas as pessoas envolvidas e seu período de negação e aceitação dos fatos.

No caso da paciente desta pesquisa, os profissionais que faziam parte da equipe multiprofissional, como médicos, assistente social e enfermeiros, foram particularmente compreensivos quanto à ansiedade dos parentes e ao estresse vivenciado pela equipe que faria a extubação¹³. Como preconizado pela literatura, durante o processo é necessário fazer o registro em prontuário, para que sirva de documentação e respaldo a todos os profissionais, de modo que a extubação paliativa seja medida de resultado mensurável e seja possível avaliar a preparação, competência e o desempenho da equipe¹³.

Ressalta-se ainda que o verdadeiro propósito da extubação paliativa é evitar o prolongamento da morte, o desconforto gerado pela intubação orotraqueal e fornecer cuidados terapêuticos para o controle de sinais e sintomas, como a dor, até a chegada da morte. Quanto aos familiares, são necessários

cuidados antes e após o luto, além do apoio psicossocial, principalmente após a extubação paliativa, já que a morte pode acontecer dias depois, como foi o caso da paciente do estudo, que faleceu cinco dias após o procedimento¹³.

Considerações finais

Assim como nas unidades de internação, os cuidados paliativos também devem estar presentes nas unidades de emergência, pois, além de proporcionar bem-estar e alívio ao paciente, também dão mais conforto aos familiares e profissionais envolvidos. A extubação paliativa, ou seja, a retirada da ventilação mecânica do paciente cuja morte já é esperada, foi aqui apresentada por meio deste relato de caso e da referência a outros estudos, como exemplo de cuidado paliativo que pode justamente evitar a morte agonizante. Fica evidente, após a conversa e consenso entre equipe e familiares, que é possível realizar essa prática e atenuar o sofrimento do enfermo, melhorando seu bem-estar, de seu ciclo social e de todos os profissionais responsáveis.

Referências

1. Grudzen CR, Stone SC, Morrison RS. The palliative care model for emergency department patients with advanced illness. *J Palliat Med* [Internet]. 2011 [acesso 26 jun 2017];14(8):945-50. DOI: 10.1089/jpm.2011.0011
2. Weng TC, Yang YC, Chen PJ, Kuo WF, Wang WL, Ke YT *et al*. Implementing a novel model for hospice and palliative care in the emergency department: an experience from a tertiary medical center in Taiwan. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017 [acesso 26 jun 2017];96(19):e6943. DOI: 10.1097/MD.0000000000006943
3. Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* [Internet]. 2011 [acesso 26 jun 2017];139(4):795-801. DOI: 10.1378/chest.10-0652
4. Mazutti SRG, Nascimento AF, Fumis RRL. Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2016 [acesso 26 jun 2017];28(3):294-300. p. 295. DOI: 10.5935/0103-507X.20160042
5. American College of Emergency Physicians. Palliative medicine in the emergency department [Internet]. 2012 [acesso 18 set 2016]. Disponível: <https://bit.ly/2OIxQsa>
6. Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM. Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2011 [acesso 26 jun 2017];18(6):e70-6. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2011.01088.x
7. Lamba S. Early goal-directed palliative therapy in the emergency department: a step to move palliative care upstream. *J Palliat Med* [Internet]. 2009 [acesso 26 jun 2017];12(9):767. DOI: 10.1089/jpm.2009.0111
8. Stone SC, Mohanty SA, Grudzen C, Lorenz KA, Asch SM. Emergency department research in palliative care: challenges in recruitment. *J Palliat Med* [Internet]. 2009 [acesso 26 jun 2017];12(10):867-8. DOI: 10.1089/jpm.2009.0139
9. Mierendorf SM, Gidvani V. Palliative care in the emergency department. *Perm J* [Internet]. 2014 [acesso 26 jun 2017];18(2):77-85. DOI: 10.7812/TPP/13-103
10. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M *et al*. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med* [Internet]. 1990 [acesso 26 jun 2017];322:309-15. DOI: 10.1056/NEJM199002013220506
11. Huynh TN, Walling AM, Le TX, Kleerup EC, Liu H, Wenger NS. Factors associated with palliative withdrawal of mechanical ventilation and time to death after withdrawal. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 [acesso 26 jun 2017];16(11):1368-74. DOI: 10.1089/jpm.2013.0142

12. Von Gunten C, Weissman DE. Ventilator withdrawal protocol. *J Palliat Med* [Internet]. 2003 [acesso 26 jun 2017];6(5):773-4. DOI: 10.1089/109662103322515293
13. Kok VC. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2015 [acesso 26 jun 2017];10:679-85. DOI: 10.2147/CIA.S82760
14. Gerstel E, Engelberg RA, Koepsell T, Curtis JR. Duration of withdrawal of life support in the intensive care unit and association with family satisfaction. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2008 [acesso 26 jun 2017];178(8):798-804. p. 798. DOI: 10.1164/rccm.200711-1617OC


Participação dos autores

Julieth Santana Silva Lage foi responsável pela revisão bibliográfica, escreveu parte da introdução, método e discussão, e revisou introdução, método, caso clínico (resultados), discussão e considerações finais. Agatha de Souza Melo Pincelli também participou da revisão bibliográfica e considerações finais. Jussara Aparecida Silva Furlan fez a revisão bibliográfica e caso clínico. Diego Lima Ribeiro escreveu parte do resumo, introdução e discussão, sendo revisor e orientador do trabalho. Rafael Silva Marconato foi o idealizador do artigo, revisor e orientador do trabalho.


Correspondência

Julieth Santana Silva Lage – Rua Alcides Turci, 108, Dom Pedro I CEP 12232-640. São José dos Campos/SP, Brasil.


Julieth Santana Silva Lage – Especialista – julieth.lage@yahoo.com.br

 0000-0002-1158-0755


Agatha de Souza Melo Pincelli – Graduanda – htamelo@hotmail.com

 0000-0002-1962-0520


Jussara Aparecida Silva Furlan – Graduanda – jussara.aps@hotmail.com

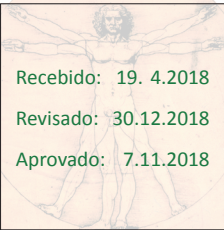
 0000-0002-8581-6329

Diego Lima Ribeiro – Especialista – lr.diego@gmail.com

 0000-0003-0731-9308

Rafael Silva Marconato – Mestre – marconato@hc.unicamp.br

 0000-0001-9222-8413



Recebido: 19. 4.2018
Revisado: 30.12.2018
Aprovado: 7.11.2018