



Em casos de doenças graves, cujo prognóstico de recuperação funcional é desfavorável, intervenções invasivas podem não estar de acordo com o objetivo de cuidado do paciente ou de sua família. Descontinuar suporte ventilatório invasivo pode ser uma opção a ser considerada neste cenário.

I - ASSISTENCIAL

1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A extubação paliativa se aplica para pacientes com doenças crônicas graves e irreversíveis e/ou doenças agudas de alta morbimortalidade, com baixa perspectiva de recuperação funcional e alto impacto na qualidade de vida.

No processo, diretivas antecipadas de vontade devem ser traçadas (como: reanimação cardiopulmonar, uso de drogas vasoativas, não reintubação, terapia de substituição renal entre outros). Recomenda-se que o suporte ventilatório seja a última intervenção invasiva a ser retirada.

Em casos de dúvidas quanto à elegibilidade ou questões éticas relacionadas ao procedimento, consulte o Serviço de Cuidados Paliativos (SCPSP) e o Centro de Bioética antes de intervir.

2. ALOCAÇÃO

Após a realização da extubação paliativa, é recomendado que seja alinhado entre a equipe de saúde e família a possibilidade de transferência para semi-intensiva ou enfermaria, a fim de permitir que visitas e acompanhamento de familiares ocorra com maior privacidade e em ambiente mais acolhedor.

3. INTERVENÇÃO

1. Avaliar se o paciente possui testamento vital pré-determinado. Em caso de não havê-lo, determinar com paciente (quando possível) e/ou familiares os objetivos de cuidado, diretivas antecipadas de vontade, e concordância quanto à extubação paliativa. Descrever em evolução médica e prescrever as limitações terapêuticas acordadas e nome dos responsáveis pela decisão.

2. Planejar com a equipe da UTI momento provável em que será realizada extubação paliativa. (Lembrando-se que não se trata de um procedimento de emergência).

OBS: Lembrar que suspender bloqueador neuromuscular é obrigatório e deve-se esperar o tempo adequado conforme sua meia-vida.

3. Suspender em prescrição medicamentos e intervenções desproporcionais à proposta de cuidados (ex: antibióticos, droga vasoativa, controle rigoroso de glicemia, entre outros). Suspender monitorização que não tenha como objetivo controle de sintomas.

4. Identificar demandas espirituais e pendências a serem resolvidas antes da retirada do suporte (exemplo: visita de despedida e suporte religioso)

5. Recomenda-se 6 horas antes da retirada da ventilação:

a. Jejum

b. Reduzir hidratação parenteral; e se anasarca, considerar o uso de furosemida EV

c. Metilprednisolona 100mg EV ou outros corticoide em dose equivalente EV (para prevenção de estridor laríngeo)

d. Ajustar sedação e analgesia para doses mínimas que permitam que o paciente permaneça confortável.

e. Ajuste de parâmetros ventilatórios (desmame para parâmetros mínimos, com ajuste de sedativos e opioides conforme necessidade) Em caso de pacientes que não atinjam drive respiratório, recomendamos o acionamento do SCPSP.

6. Recomenda-se 30 minutos antes da extubação:

a. Escopolamina para redução de secreção de vias aéreas

b. Nova dose de metilprednisolona 100mg EV ou outro corticoide E (para prevenção de estridor laríngeo).

c. Permitir últimas despedidas de familiares.

7. Aspiração de vias aéreas e retirada da ventilação e do tubo endotraqueal.

8. Reavaliação imediata de sinais de desconforto, reposicionamento no leito, administração de sintomáticos conforme necessidade. Sugere-se manter em ar ambiente. Monitorar regularmente sintomas e fornecer suporte a familiares e cuidadores.

4. SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS E SUPORTE

A extubação paliativa requer alinhamento e acolhimento impecável de paciente e familiares, documentação adequada e detalhada em prontuário, manejo de sintomas, planejamento e suporte ao paciente/família e equipe multidisciplinar.

Seguindo a resolução 355/2022 do CREMESP, recomenda-se que para a retirada de suporte avançado de vida, um médico atuante na área de cuidados paliativos avalie o paciente. Em caso de dúvidas sugerimos o acionamento da interconsulta do Serviço de Cuidados Paliativos e Suporte ao Paciente (Ramal 76405).

II. GLOSSÁRIO

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

EV – endovenosa

CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

III. Referências

[1] Conselho Federal de Medicina. Resolução do CFM 1.805/2006. Acessado em 22/02/2023. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>

[2] Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução do CREMESP 355/2022. Acessado em 22/02/2023. Disponível em: https://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=20041

[3] Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999, do Estado de São Paulo, conhecida como "Lei Mario Covas". Acessado em 22/02/2023. Disponível em:

https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=066C4D198D4045159D125D6425E47581.proposicoesWeb?codteor=224907&filename=LegislacaoCitada+-PL+3686/2004

[4] Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 2.156/2016. Acessado em 22/02/2023. Disponível em:

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=331807>

[5] Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, et al. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. Intensive Care Med 2016; 42 (6): 1003-1017

[6] Kompanje EJO, van der Hoven B, Bakker J. Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life. Intensive Care Med 2008; 34 (9): 1593-1599

*Este pathway foi validado no GMA de Terapias de suporte em 27/02/2023

Código Documento: CPTW324.1	Elaborador: Erika Satomi	Revisor: Fernando Gatti	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 13/02/2023	Data de Aprovação: 03/03/2023
---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--	--	---