



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

PROCESSO-CONSULTA CFM nº 4/2020 – PARECER CFM nº 14/2021

INTERESSADO:	M.H.L
ASSUNTO:	Atendimento de urgência de crianças para realização de endoscopia digestiva com retirada de corpos estranhos. Orientações sobre o tipo de aparelho a ser utilizado, suporte anestésico e necessidade de pediatra durante o procedimento.
RELATOR:	Cons. Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

EMENTA: A Endoscopia Digestiva Pediátrica deve ser realizada por endoscopista, com a presença da equipe envolvida para suporte de vida pediátrico e manejo de vias aéreas em pediatria, não sendo necessária a presença do pediatra durante o procedimento endoscópico.

DA CONSULTA

Consulta encaminhada ao Conselho Federal de Medicina (CFM) relativa ao atendimento de urgência de crianças para realizarem endoscopia digestiva com retirada de corpos estranhos, com detalhamento do tipo de aparelho a ser utilizado, procedimento anestésico e demanda da presença de pediatra durante o procedimento.

O consulente solicita orientações sobre endoscopia digestiva alta em crianças. Informa que estão com alta demanda em endoscopias de urgência para retirada de vários corpos estranhos em crianças e que precisam de orientações sobre o tipo de aparelho de endoscopia a ser usado, calibre e tamanho do endoscópio, presença obrigatória ou não do pediatra durante o procedimento, suporte anestésico, além do peso da criança que pode ser submetida a endoscopia com aparelho de adulto.

DO PARECER

A Câmara Técnica de Endoscopia Digestiva do CFM foi instada a manifestar-se sobre o assunto, considerando os aspectos da endoscopia digestiva, cujo relatório transcrevo a seguir:



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Conselho Federal de Medicina, a Anvisa e algumas sociedades médicas já estabeleceram normas e condutas no que se refere à consulta em questão, a saber:

- 1- A técnica de execução de endoscopia digestiva para retirada de corpos estranhos em crianças é a mesma empregada nos pacientes adultos. Deve-se usar de preferência aparelhos de videoendoscopia que permitam o acompanhamento do procedimento por toda a equipe envolvida no procedimento e, principalmente, pelo auxiliar principal, que está manuseando acessórios como pinças de corpos estranhos, alças ou cestas. Os serviços de referência que atendem esses pacientes, bem como as publicações na literatura médica, preconizam que, em crianças acima de 10 kg, podem ser usados os endoscópios diagnósticos de adultos, que possuem 9,8 mm de diâmetro externo. Em crianças com menos de 2,5 kg orientam o emprego de endoscópios com diâmetro externo de 5 a 6 mm e, em crianças com entre 2,5 e 10 kg, deve-se utilizar aparelhos de 7 mm de diâmetro externo. Cabe salientar que aparelhos de 9,8 mm de diâmetro externo possuem canal de trabalho de 2,8 mm de diâmetro, o que proporciona a passagem de todos os materiais acessórios que permitirão a retirada dos corpos estranhos. Os aparelhos menores apresentam limitação no uso de acessórios. Por isso, mesmo em crianças com menos de 10 kg, deve-se tentar usar o aparelho de 9,8 mm de diâmetro externo e canal de trabalho de 2,8 mm de diâmetro. Na maioria dos pacientes esse procedimento é realizado com segurança, quando feito por especialistas habilitados.
- 2- A sedação profunda e/ou anestesia geral são essenciais para a correta e segura realização dos procedimentos de endoscopia com retirada de corpos estranhos em crianças. É necessária a presença do médico anestesiológico, bem como a disponibilidade de todo o equipamento para manuseio das vias aéreas e monitorização, visto que o procedimento deve ser realizado com proteção de vias aéreas por meio da intubação orotraqueal na maioria dos casos.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

A Resolução-RDC ANVISA/MS nº 6, de 10 de março de 2013, dispõe sobre a infraestrutura e recursos materiais, e a Resolução CFM nº 2.174, de 14 dezembro de 2017, dispõe sobre a prática do ato anestésico.

- 3- Em relação à presença do pediatra no setor de endoscopia ou em sala de centro cirúrgico durante o procedimento endoscópico, considera-se que não seja necessária. Por outro lado, é imperativo que o hospital possua toda a estrutura física, material e humana para o acompanhamento da criança no pré e no pós-procedimento, de acordo com o Processo Parecer-Consulta nº 20/2020 e com o Parecer do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro nº 10/2021.

Com base no exposto e, após consulta à Câmara Técnica de Endoscopia Digestiva deste egrégio Conselho, ficou muito bem elucidado que a endoscopia digestiva pediátrica deve ser realizada, preferencialmente, por endoscopista muito bem treinado, sobretudo em realização de exames em pediatria. Sabemos que não há especialidade ou área de atuação em endoscopia pediátrica, mas a estrutura do serviço deve ser apta ao atendimento pediátrico. Além disso, toda a equipe envolvida no tratamento (médicos anestesiológicos, intensivistas e clínicos, incluindo a equipe de apoio) deve ser treinada para suporte de vida pediátrico e manejo de vias aéreas em pediatria, pois – diferentemente dos adultos – as crianças têm reações rápidas e inesperadas aos medicamentos, apresentam com muito mais frequência hiper-reatividade das vias respiratórias, principalmente após infecções do trato respiratório superior, costumam tolerar menos os episódios de hipoxemia, devido ao maior consumo proporcional de oxigênio do que os adultos, e, por fim, apresentam com maior frequência laringoespasma. Esse conhecimento não deve ser limitado tão somente ao procedimento a ser realizado, mas também ao período de observação pós-procedimento, seja em sala de recuperação pós-anestésica, seja em CTI, seja em enfermaria. Obviamente que nos referimos à assistência pediátrica de forma ampla e irrestrita. É imperativo que a unidade hospitalar onde será realizada a endoscopia digestiva pediátrica de urgência tenha as condições necessárias para atendimento com segurança da criança antes, durante e após o procedimento, sendo asseguradas



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
as normas técnicas para suporte de possíveis complicações anestésicas ou endoscópicas que necessitem de tratamento imediato.

Por fim, enfatizo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 2.147, de junho de 2016, que atribui ao Diretor Técnico a função de prover condições dignas de trabalho, tornando-o responsável por infrações éticas decorrentes de deficiências de materiais, instrumentos e técnicas da instituição.

DA CONCLUSÃO

A Endoscopia Digestiva Pediátrica deve ser realizada por endoscopista, com a presença da equipe envolvida para suporte de vida pediátrico e manejo de vias aéreas em pediatria, não sendo necessária a presença do pediatra durante o procedimento endoscópico.

Em crianças com menos de 2,5 kg devem ser usados endoscópicos com diâmetro externo de 5 a 6 mm.

Em crianças com entre 2,5 e 10 kg deve-se usar aparelhos de 7 mm de diâmetro externo.

Em crianças com mais de 10 kg podem ser usados os endoscópicos de adulto, que possuem 9,8 mm de diâmetro externo.

Vale salientar que esses parâmetros podem ser alterados, futuramente, com base em inovações tecnológicas.

É necessária a presença do médico anesthesiologista durante o procedimento, bem como a disponibilidade de todo equipamento e equipe para manuseio das vias aéreas e monitorização.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, DF, 4 de novembro de 2021.

DILZA TERESINHA AMBRÓS RIBEIRO

Conselheira relatora



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 6, de 10 de março de 2013. Dispõe sobre os requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os serviços de endoscopia com via de acesso ao organismo por orifícios exclusivamente naturais. Diário Oficial da União, Seção I, p. 44, 4 mar. 2013 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0006_10_03_2013.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20os%20requisitos%20de,organismo%20por%20orif%C3%ADcios%20exclusivamente%20naturais. Acesso em: 12 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.886, de 13 nov. 2008. Dispõe sobre as “Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência”. Revoga a Resolução CFM nº 1409/1994. Diário Oficial da União: Seção I. Brasília, DF, p. 271, 21 nov. 2008. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1886>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.147, de 17 jun. 2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. Diário Oficial da União: Seção I. Brasília, DF, p. 332, 27 out. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2147> Acesso em: 14 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.174, de 14 dez. 2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico e revoga a Resolução CFM nº 1.802/2006. Diário Oficial da União: Seção I. Brasília, DF, p. 82, 27 fev. 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2174> Acesso em: 14 abr. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **PROCESSO PARECER-CONSULTA Nº 20/2020 PARECER CREMERJ Nº 10/2021 INTERESSADO:** Dr. M.F.L.D. e Dr. F.M. (Protocolos 10336724 e 10337329) **ASSUNTO:** Realização de exames de urgência de endoscopia digestiva pediátrica em hospital que não possui serviço de pediatria **RELATOR:** Conselheiro Ricardo Lemos Cotta Pereira