



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

PARECER CREMEPE nº 06/2020

PROCESSO CONSULTA Nº 11/2020

INTERESSADO: R.B.C.B.S.

ASSUNTO: Escassez de Sistema Fechado para Aspiração Traqueal durante a Pandemia COVID-19

PARECERISTA: Waston Vieira Silva

EMENTA: o uso do Sistema de Aspiração Traqueal Fechado (SAF) é recomendado nas unidades de internamento com assistência ventilatória por reduzir a aerossolização de secreções das vias respiratórias. Enquanto durar a situação atual de pandemia de COVID-19 declarada pela OMS, em havendo falta do SAF comprovada pelo diretor técnico da unidade de saúde, após comunicação à autoridade sanitária, ao CREMEPE, à equipe médica e demais profissionais envolvidos, e até a imediata recomposição de provimento dos insumos, há a possibilidade da aspiração traqueal poder ser realizada através de sistema de aspiração aberto, com a devida proteção dos profissionais com EPI completos e a adoção de cuidados especiais.

CONSULTA:

Através de Ofício da Diretoria do CREMEPE, este conselheiro foi nomeado parecerista para elaboração de documento referente ao questionamento descrito abaixo:

“Como já é sabido por todos, com a pandemia da COVID-19, está ocorrendo desabastecimento de diversos equipamentos médico-hospitalares, entre eles sistema fechado para aspiração traqueal, que permite a aspiração através do tubo endotraqueal sem que haja a desconexão do circuito, minimizando a geração de aerossóis e, conseqüentemente, diminuindo a exposição dos profissionais. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) públicas do Estado não se dispõe de pressão negativa e, na maioria delas, o funcionamento está sendo em sistema de coorte. Sendo assim, solicitamos parecer do CREMEPE quanto ao posicionamento a ser adotado pelas coordenações médicas das UTI do



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

Estado diante da iminente falta (ou mesmo, diante falta) de sistema de aspiração traqueal fechado.”

FUNDAMENTAÇÃO:

Considerando o atual cenário da COVID-19, classificado como pandemia pela OMS - Organização Mundial de Saúde, e tendo o Senado Federal brasileiro, através do Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, reconhecido o estado de calamidade pública no Brasil;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 07 de 24 de fevereiro de 2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências;

Considerando a Resolução CFM nº 2.153/2016 que inclui o Manual de Vistoria e Fiscalização da Medicina no Brasil;

Considerando que entre os princípios fundamentais do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) está estabelecido que a medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis que visem aos melhores resultados;

Considerando o artigo 32 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), o qual veda ao médico deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente;

Considerando o Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na Atenção Especializada – 1ª edição revisada – publicado em Abril/2020 pelo Ministério da Saúde, acessado em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf;

Considerando as Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2) - Versão nº 05/2020 da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), publicadas em 24 de abril de 2020 e acessada em:

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/vm_ai_vjs_v5_abr_2020_final.pdf;

Considerando as Recomendações da AMIB sobre controle sanitário e estratégias de contingenciamento das unidades de terapia intensiva para atendimento dos pacientes com Coronavírus publicadas em 28 de março de 2020 e acessada em:



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/28/VJS_28_23_h03_2020.pdf;

Considerando as Recomendações da AMIB para a abordagem da COVID-19 em medicina intensiva publicadas em abril de 2020 e acessada em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/04/Recomendacoes_AMIB04042020_10h19.pdf;

Considerando a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020 atualizada em 08/05/2020;

Considerando o Parecer da Câmara Técnica de Medicina Intensiva do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco de 25 de maio de 2020 que versa sobre a Escassez de Sistema Fechado para Aspiração Traqueal durante a Pandemia COVID-19;

Considerando o aumento no número de casos de insuficiência respiratória grave que ameaça criar um desequilíbrio substancial entre as reais necessidades clínicas da população e a disponibilidade efetiva de recursos avançados de suporte à vida;

Considerando que a pandemia de COVID-19 causou escassez em massa de equipamentos médico-hospitalares em todo o mundo, e neste momento os profissionais de saúde estão começando a ver os efeitos da pandemia no fornecimento de Sistema Fechado para Aspiração Traqueal. À medida que aumenta o número de pacientes hospitalizados com COVID-19, os hospitais apresentam uma demanda sem precedentes por esses equipamentos;

Considerando a Resolução CFM n° 2.147/2016 que versa sobre a obrigação dos diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos, disponibilizarem todos os recursos necessários a uma boa prática médica.

Considerando que é dever do Estado em disponibilizar todos os equipamentos e insumos necessários à proteção dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Passo a responder especificamente o questionamento objeto desse parecer, enfatizando que o tema merece discussão mais ampla.

De acordo com a RDC n° 07/2010 da ANVISA e com a Resolução CFM n° 2.153/2016, todas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de adultos, pediátricas e neonatais devem dispor de materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado.



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

As Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus, publicadas pela AMIB em abril de 2020, expõem que o paciente deve ser conectado ao respirador preferencialmente dotado de filtro apropriado na saída do circuito expiratório para o ambiente e sistema de aspiração fechado (*trach-care*). O sistema de aspiração fechado (SAF), recomendável se disponível, deve ser conectado imediatamente após a intubação, no momento da conexão ao ventilador.

Nas Recomendações da AMIB sobre controle sanitário e estratégias de contingenciamento das UTI para atendimento dos pacientes com coronavírus, assim como nas Orientações de Manejo Clínico da COVID-19 atualizadas pela OMS em 18 de maio de 2020 e na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020 atualizada em 08/05/2020, propõem que deve-se preferencialmente instalar o SAF em todos os pacientes. **Na impossibilidade do uso, só realizar aspiração em caso de alta pressão de pico na ventilação mecânica, presumivelmente por acúmulo de secreção.**

A Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) se posicionou em 16/04/2020 em relação aos recursos e técnicas fisioterapêuticas que devem ser utilizadas com cautela ou evitadas em pacientes com COVID-19, e orientou que a aspiração endotraqueal de rotina deve ser evitada; e quando realizada, é recomendado que seja em SAF.

Nas Recomendações da AMIB para a abordagem da COVID-19 em Medicina Intensiva publicadas em abril de 2020 encontramos: Procedimentos rotineiros de manipulação da via aérea, tais como aspiração traqueal, podem ser uma fonte de contaminação para profissionais de saúde devido à formação de aerossol. Por isso, deve-se minimizar ou abolir o reflexo de tosse durante o procedimento de aspiração. Dessa forma, recomendamos a utilização de midazolam (0,1 a 0,3 mg/Kg) ou propofol (0,1 mg/Kg) associado ao bloqueador neuromuscular de ação rápida como cisatracúrio (0,5 mg/kg) ou rocurônio (0,6 mg/Kg) antes da aspiração orotraqueal, posicionamento de TOT ou outro procedimento de rotina na via aérea.

A Recomendação CREMEPE N° 01/2020 de 17/03/2020 e a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020, atualizada em 08/05/2020, recomendam aos profissionais da saúde o uso racional e criterioso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Os Profissionais de saúde devem higienizar as mãos frequentemente com água e sabão ou preparação alcoólica; utilizar gorro; óculos de proteção ou protetor facial; máscara cirúrgica; avental; luvas de procedimento. Atenção especial deve ser dada aos profissionais de saúde ao realizar procedimentos geradores de aerossóis como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, quando deverão utilizar máscaras N95, PFF2, ou equivalente. Recomenda-se que, quando utilizada para aspiração traqueal, a máscara N95 ou PFF2 deve ser descartada. Caso utilizada com a viseira,



CREMEPE
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

poderá ser reutilizada e a viseira limpa com água e sabão e realizada desinfecção com o produto padronizado pelo serviço.

A Câmara Técnica de Medicina Intensiva (CT-MI) do CREMEPE, através de parecer de 25 de maio de 2020, considera que, estando comprovada a falta de SAF no mercado e a impossibilidade de remanejamento de estoques entre os diversos hospitais da rede de saúde, a admissão de pacientes em leitos COVID deve ser mantida com os seguintes argumentos:

- A aspiração traqueal não é o único procedimento capaz de gerar aerossóis;
- Documentos de entidades médicas referem que o uso do SAF é “recomendado”, mas não o colocam como obrigatório;
- O paciente sob ventilação mecânica e em uso de filtros HMEF já tem a geração de aerossóis minimizada, estando limitada às desconexões do ventilador sem pinçamento prévio do tubo orotraqueal;
- Não julgamos ético manter um leito de unidade COVID bloqueado exclusivamente pela falta de SAF, por considerarmos direito fundamental do paciente receber o atendimento médico necessário.

A CT-MI considera ainda, levando em conta a Nota Técnica nº 04/2020 da ANVISA, que na ausência de SAF, a aspiração traqueal seja minimizada e realizada somente quando houver sinais de obstrução de vias aéreas, sinalizado por (mas não exclusivamente) picos elevados de pressão traqueal nos modos a volume ou queda súbita do volume corrente nos modos a pressão. Nesta situação, é fundamental que o profissional responsável pelo procedimento de aspiração esteja usando todos os EPI necessários e recomendados pela ANVISA e pelas CCIH de cada serviço de saúde.

Uma das estratégias durante a escassez do SAF na situação atual de pandemia deve incluir o inventário de todos os equipamentos disponíveis na unidade de saúde. Em situação de total ausência do sistema, sendo a única alternativa para tentar salvar a vida do paciente, este deve ser admitido na unidade de terapia intensiva e, se houver a necessidade de intubação traqueal, a aspiração traqueal deverá ser realizada utilizando o sistema de aspiração aberto, com os cuidados especiais relatados abaixo. A falta do equipamento deve ter sido previamente comunicada ao gestor da unidade e deve ser feito registro em prontuário da falta de alternativas.

Se houver escassez do SAF, o gestor da unidade de saúde deve informar os profissionais da linha de frente sobre os métodos alternativos para a aspiração traqueal utilizando o sistema de aspiração aberto. Além disso, o gestor deve garantir que todos os profissionais sejam treinados adequadamente, minimizando os riscos à equipe multiprofissional e ao paciente.

Cabe ressaltar que, de acordo com a Resolução CFM nº 2.147/2016, compete ao diretor técnico da unidade prover todos os insumos e EPI necessários a assistência ventilatória dos pacientes internados em unidades de atendimento



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

com assistência ventilatória. Além disso, na ausência total de disponibilidade do SAF em uma unidade da rede pública Estadual, devidamente comprovada pela gestão local, compete ao diretor médico informar à Secretaria Estadual de Saúde, à equipe médica e aos demais profissionais de saúde envolvidos. Compete à autoridade sanitária a disponibilização, quando possível, de transferência/empréstimo de insumos de outras unidades para o pronto restabelecimento e provimento desses insumos.

A possibilidade de contaminação de profissionais de uma UTI é muito menor que das equipes que estão trabalhando em outras unidades (enfermarias e unidades intermediárias). Nessas unidades, os pacientes estão com respiração espontânea (espirros, tosse), ou seja, produzindo aerossóis todo o tempo. Na necessidade de utilização do sistema de aspiração traqueal aberto na UTI, o circuito só ficaria aberto no momento da aspiração, além de outras garantias para redução da aerossolização, como o uso de filtro.

Não aspirar o paciente intubado em ventilação mecânica portador de COVID-19 não é uma opção. Para reduzir a exposição ocupacional dos profissionais durante a aspiração traqueal com o sistema de aspiração aberto, recomendamos alguns cuidados especiais para a realização do procedimento:

- presença de apenas um profissional junto ao paciente no momento da aspiração traqueal;
- realizar pré-oxigenação do paciente com aumento temporário da fração inspirada de oxigênio antes da aspiração traqueal;
- colocar o respirador em *stand-by* enquanto durar o procedimento de aspiração traqueal, desde que as condições clínicas do paciente permitam;
- aprofundar o bloqueio neuromuscular e/ou a sedação do paciente antes da realização da aspiração traqueal (na escassez de bloqueador neuromuscular na unidade de saúde, titular os fármacos sedativos, desde que as condições hemodinâmicas do paciente permitam);
- manter o tubo traqueal clampeado com pinça enquanto a aspiração traqueal não estiver sendo realizada;
- uso de capas plásticas (p. ex. as usadas em laparoscopias ou em transdutores de ultrassom) para proteger e isolar a sonda e o sistema de aspiração;
- uso de plástico transparente sobre a cabeça e tórax do paciente durante a aspiração traqueal (descartar após o procedimento);
- após o procedimento de aspiração traqueal, o profissional deverá realizar desparamentação cuidadosa;
- todas as manobras serão realizadas com o objetivo de reduzir a aerossolização de partículas de secreções das vias respiratórias.



CREMEPE

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE PERNAMBUCO

CONCLUSÃO:

Em face de todo o exposto, concluo que o uso do Sistema de Aspiração Traqueal Fechado (SAF) é recomendado nas unidades de internamento com assistência ventilatória por reduzir a aerossolização de secreções das vias respiratórias. Enquanto durar a situação atual de pandemia de COVID-19 declarada pela OMS, em havendo falta do SAF comprovada pelo diretor técnico da unidade de saúde, após comunicação à autoridade sanitária, ao CREMEPE, à equipe médica e demais profissionais envolvidos, e até a imediata recomposição de provimento dos insumos, há a possibilidade da aspiração traqueal poder ser realizada através de sistema de aspiração aberto, com a devida proteção dos profissionais com EPI completos e a adoção de cuidados especiais.

Este é o meu parecer, salvo melhor juízo.

Recife, 01 de julho de 2020.

Waston Vieira Silva
Conselheiro Parecerista