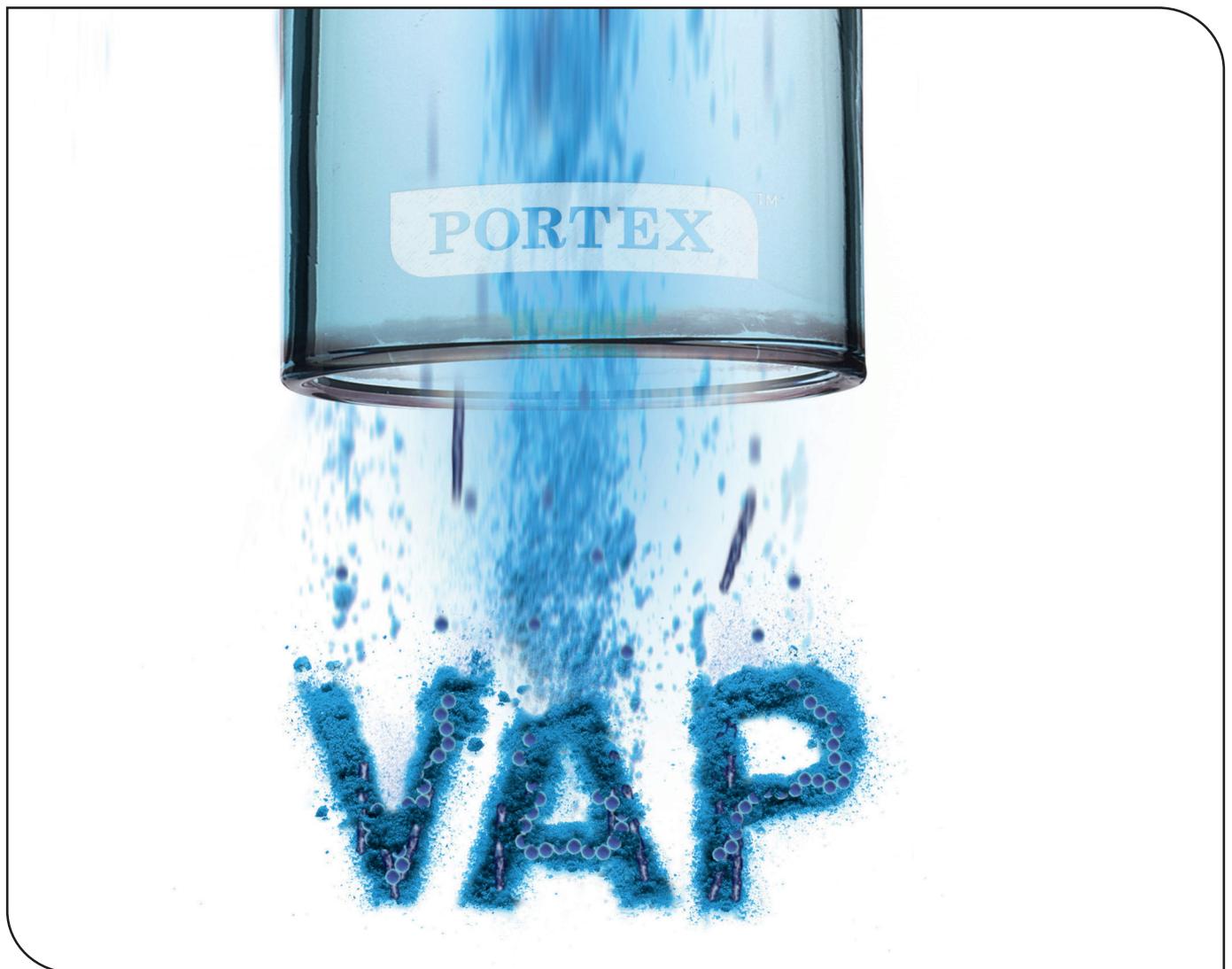


portex[®]

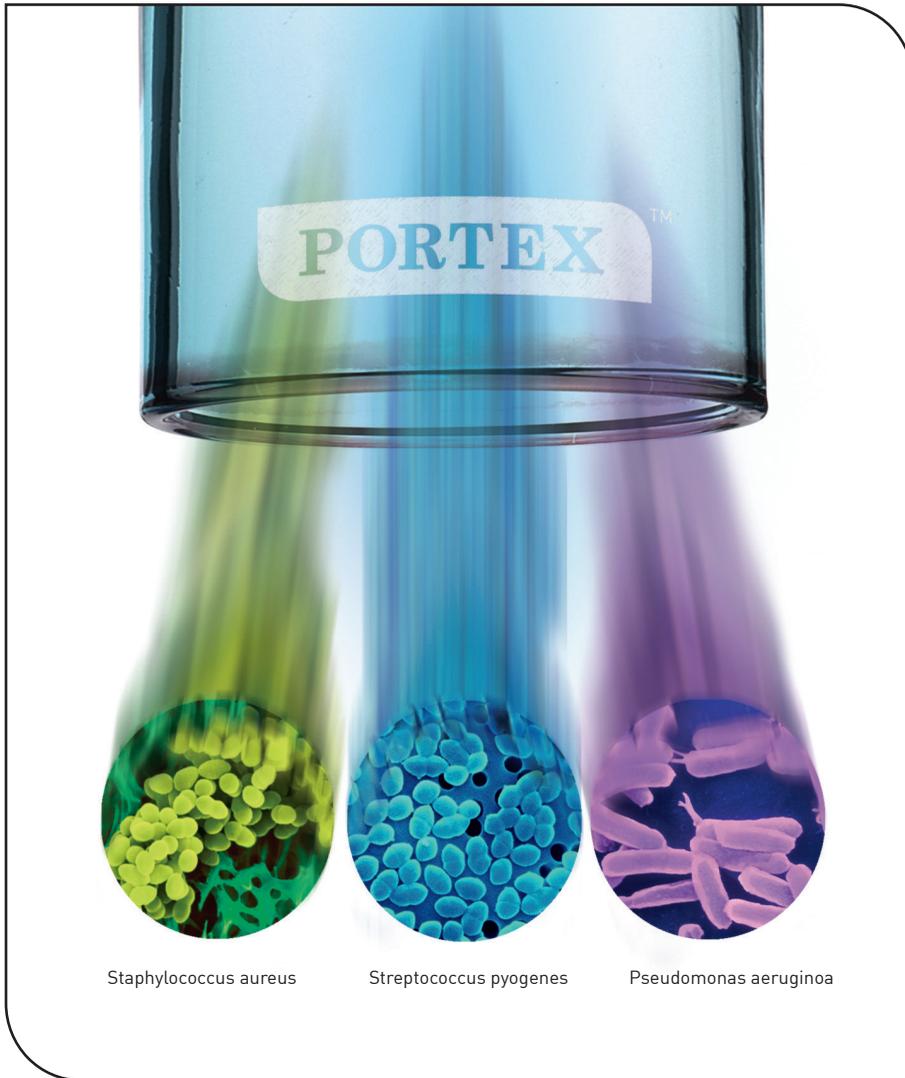
Sonda Endotraqueal para Aspiração Supra Cuff SACETT[™]

Essencial para prevenção da Pneumonia
Associada a Ventilação Mecânica (PAVM)



MANEJO DAS VIAS AÉREAS

Compreendendo o Problema



A necessidade de ventilação mecânica é frequentemente a razão principal para a admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apesar da ventilação ser essencial para a conservação da vida, traz consigo um elemento de risco: pacientes em estado crítico na UTI correm o risco de contrair infecções associadas ao aumento da morbi/mortalidade e dos custos de cuidados de saúde¹⁻³. A taxa de infecção dos pacientes em estado crítico aproxima-se dos 40% nos pacientes que permanecem na UTI durante mais de 5 dias^{4,5}.

A incidência de pneumonia adquirida na UTI varia de 10% a 65%⁶⁻¹¹. Entre os pacientes com risco elevado de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM) encontram-se: doença pulmonar obstrutiva crônica, quemaduras, síndrome de insuficiência respiratória aguda, com necessidade de aspiração, reentubados, que recebem agentes paralisantes ou alimentação enteral¹²⁻¹³.

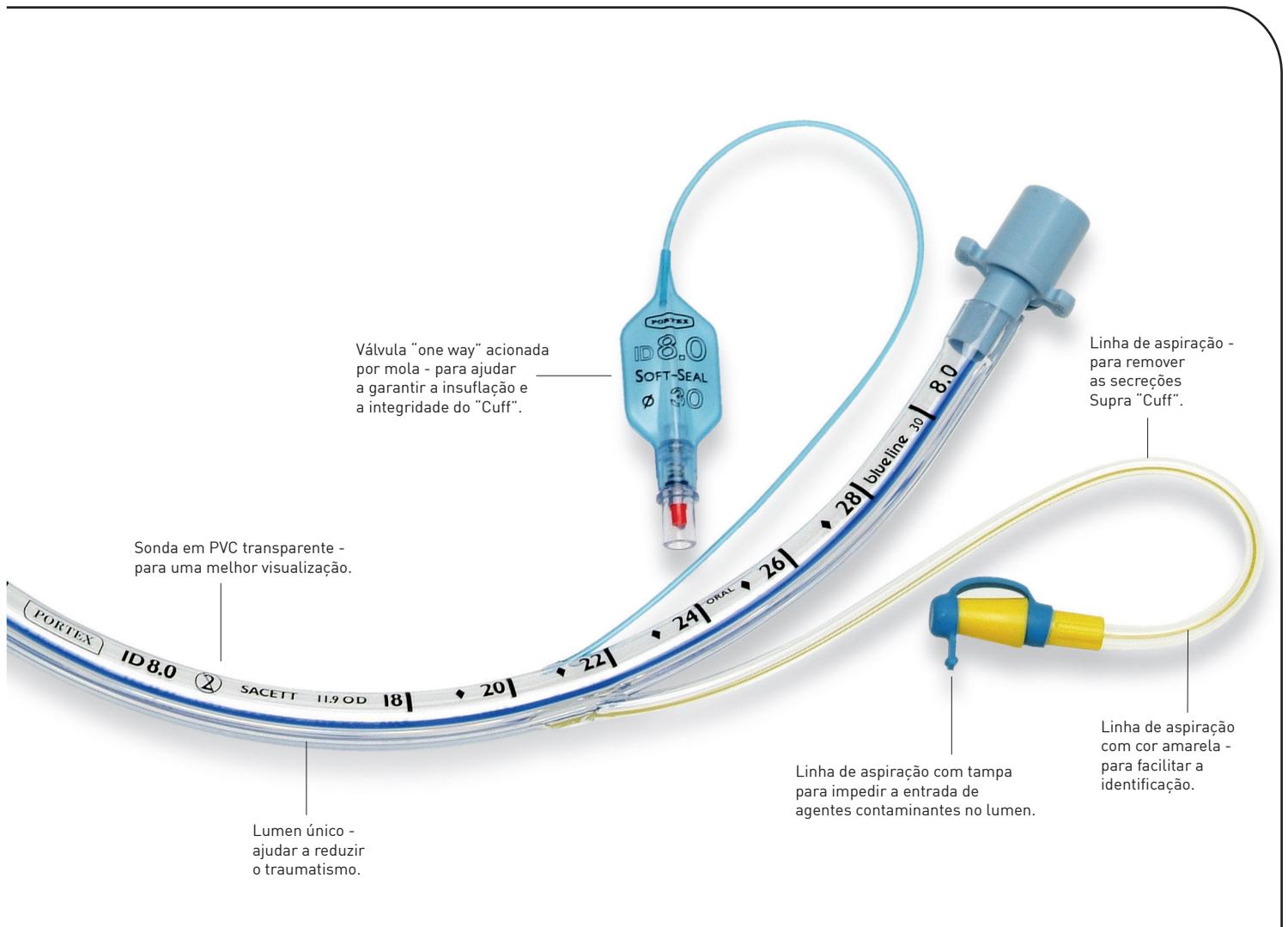
A morbi/mortalidade atribuíveis à PAVM são clinicamente significativas. Em estudo de coorte prospectivo pacientes com PAVM permaneceram na UTI mais 4,3 dias (IC de 95% - 1,5 a 7,0 dias) do que os pacientes que não tinham PAVM apresentando uma tendência para um risco acrescido de morte (risco absoluto - 5,8% (Índice de confiança (IC) - 2,4% a 14,0%)¹⁴. Outros estudos, utilizando estratégia correspondente, verificaram a associação da permanência prolongada na UTI com PAVM (intervalo 5 a 13 dias) e mortalidade atribuível com um intervalo de aumento do risco absoluto de 0% à 50%.¹⁵⁻²⁰ Safdar et al (2005)²¹, ao avaliarem as consequências clínicas e econômicas da pneumonia associada ao ventilador concluíram:

a) Entre 10% a 20% dos pacientes que receberam ventilação mecânica durante um período → 48 horas desenvolveram PAVM;

b) Pacientes em estado crítico que desenvolvem PAVM têm probabilidade duas vezes maior de morte em comparação a pacientes semelhantes sem PAV (risco relacional acumulado, 2,03; IC de 95%, 1,16-3,56);

c) Os pacientes com PAVM tem maior permanência na UTI (média = 6-10 dias; IC de 95%, 5,32-6,87 dias);

Estratégias para diminuir a incidência da PAVM podem diminuir a morbi/mortalidade e custos dos cuidados de saúde, bem como melhorar a segurança dos pacientes²².



Fatos

Tem sido demonstrado que a melhor forma de conseguir a profilaxia da PAVM é através da associação de estratégias combinadas ao protocolo do hospital, tais como:

- Identificação dos pacientes em risco;
- Diagnóstico precoce;
- Interrupção da sedação/entubação o mais cedo possível;
- Aspiração contínua das secreções;
- Sistema de aspiração fechado;
- Redução das trocas do circuito do ventilador;
- Profilaxia da úlcera originada por pressão.

Nosso Conhecimento

A aspiração subglótica contínua remove as secreções orofaríngeas e/ou gástricas acima do "cuff" que podem estar colonizadas ou contaminadas por organismos patogênicos. Considera-se que a micro aspiração destas

secreções é um dos fatores principais do desenvolvimento da PAVM. Através da experiência adquirida com Blue Line Ultra Suctionaid® a Smiths Medical desenvolveu a SACETT™.

SACETT™

A SACETT é a Sonda Endotraqueal da Portex® concebida especialmente para auxiliar a redução da PAVM. Combina todas as características da qualidade Blue Line com a capacidade de remover as secreções acima do "cuff". Isto é possível através da incorporação de um lumen adicional com uma abertura acima do "cuff" para permitir a aspiração das secreções subglóticas.

Outro benefício da SACETT™ é a incorporação do "cuff" alto volume e baixa pressão Soft-Seal® que ajuda a aumentar o conforto do paciente.

Principais características da SACETT™

- "Cuff" Blue Line®: alto volume e baixa pressão Soft-Seal® que proporciona conforto ao paciente e auxilia o acúmulo das secreções para aspiração;
- Válvula "one way": ajuda a garantir a insuflação e a integridade do "cuff";
- PVC transparente: permite a visualização da condensação de gases e confirma a colocação correta da sonda;
- Linha de aspiração e conector com código amarelo: facilita a identificação e minimiza o risco de corte acidental;
- Tampa protetora no lumen de aspiração: impede a entrada de agentes contaminantes no lumen quando a aspiração é suspensa; (ex; durante o transporte do paciente).



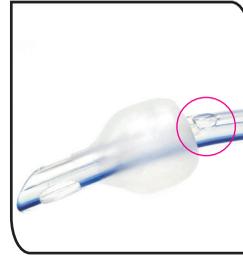
"Cuff" Soft-Seal®.



Válvula "one-way".



Tampa de aspiração.



Orifício para a aspiração das secreções.



Secreções acumulam-se na parte superior do "Cuff" e são aspiradas através da linha de sucção.

Sondas Endotraqueais Portex® SACETT™

INFORMAÇÕES SOBRE O PRODUTO

SACETT™	Diâmetro Interno (mm)	Diâmetro externo (mm)	Diâmetro de Repouso do "Cuff" (mm)	Unidades por Embalagem
100/189/060	6.0	9.0	23.0	10
100/189/065	6.5	9.7	23.0	10
100/189/070	7.0	10.4	30.0	10
100/189/075	7.5	11.1	30.0	10
100/189/080	8.0	11.9	30.0	10
100/189/085	8.5	12.4	30.0	10
100/189/090	9.0	12.8	30.0	10

Referências:

1. Girou E, Stephan F, Novara A, Safar M, Fagon JY. Risk factors and outcome of nosocomial infections: results of a matched case-control study of ICU patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;157:1151-8. 2. Bueno-Cavanillas A, Delgado-Rodriguez M, Lopez-Luque A, Schaffino-Cano S, Galvez-Vargas R. Influence of nosocomial infection on mortality rate in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 1994;22:55-60. 3. de Clercq H, De Decker G, Alexander JP, Huyghens L. Cost evaluation of infections in intensive care. *Acta Anaesthesiol Belg.* 1983;34:179-89. 4. Vincent JL, Bihari DJ, Suter PM, Bruining HA, White J, Nicolas-Chanoine MH, et al. The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee. *JAMA.* 1995;274:639-44. 5. Potgieter PD, Linton DM, Oliver S, Forde AA. Nosocomial infections in a respiratory intensive care unit. *Crit Care Med.* 1987;15:495-8. 6. Kerver AJ, Rommes JH, Mevissen-Verhage EA, Hulstaert PF, Vos A, Verhoef J, et al. Colonization and infection in surgical intensive care patients—a prospective study. *Intensive Care Med.* 1987;13:347-51. 7. Rello J, Quintana E, Ausina V, Castella J, Luquin M, Net A, et al. Incidence, etiology, and outcome of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients. *Chest.* 1991;100:439-44. [PMID: 1864118] 8. Celis R, Torres A, Gatell JM, Almela M, Rodriguez-Roisin R, Agusti-Vidal A. Nosocomial pneumonia. A multivariate analysis of risk and prognosis. *Chest.* 1988;93:318-24. 9. Craven DE, Kunches LM, Lichtenberg DA, Kollisch NR, Barry MA, Heeren TC, et al. Nosocomial infection and fatality in medical and surgical intensive care unit patients. *Arch Intern Med.* 1988;148:1161-8. 10. Jimenez P, Torres A, Rodriguez-Roisin R, de la Bellacasa JP, Aznar R, Gatell JM, et al. Incidence and etiology of pneumonia acquired during mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 1989;17:882-5. 11. Fagon JY, Chastre J, Vuagnat A, Trouillet JL, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia and mortality among patients in intensive care units. *JAMA.* 1996;275:866-9. [PMID: 8596225] 12. Cook DJ, Kollef MH. Risk factors for ICU-acquired pneumonia. *JAMA.* 1998;279:1605-6. 13. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, et al. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med.* 1998;129:433-40. 14. Heyland DK, Cook DJ, Griffith L, Keenan SP, Brun-Buisson C. The attributable morbidity and mortality of ventilator-associated pneumonia in the critically ill patient. The Canadian Critical Trials Group. *Am J Respir Crit Care Med.* 1999;159:1249-56. 15. Fagon JY, Chastre J, Hance AJ, Montravers P, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort study evaluating attributable mortality and hospital stay. *Am J Med.* 1993;94:281-8. 16. Baker AM, Meredith JW, Haponik EF. Pneumonia in intubated trauma patients. *Microbiology and outcomes.* *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;153:343-9. 17. Cunnion KM, Weber DJ, Broadhead WE, Hanson LC, Pieper CF, Rutala WA. Risk factors for nosocomial pneumonia: comparing adult critical-care populations. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;153:158-62. 18. Craig CP, Connolly S. Effect of intensive care unit nosocomial pneumonia on duration of stay and mortality. *Am J Infect Control.* 1984;12:233-8. 19. Kappstein I, Schulgen G, Beyer U, Geiger K, Schumacher M, Daschner FD. Prolongation of hospital stay and extra costs due to ventilator-associated pneumonia in an intensive care unit. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 1992;11:504-8. 20. Papazian L, Bregeon F, Thirion X, Gregoire R, Saux P, Denis JP, et al. Effect of ventilator-associated pneumonia on mortality and morbidity. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996;154:91-7. 21. Safdar N, Dezfulian C, Collard HR, Saint S. Clinical and economic consequences of ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *Crit Care Med.* 2005 Oct;33(10):2184-93. 22. Dodek P, Keenan S, Cook D, Heyland D, Jacka M, Hand L, Muscedere J, Foster D, Mehta N, Hall R, Brun-Buisson C; Canadian Critical Care Trials Group; Canadian Critical Care Society. Evidence-based clinical practice guideline for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Ann Intern Med.* 2004 Aug 17;141(4):305-13.

Responsável Técnico: Fernanda Thomann de A. Riberti - CRF/SP 48.750

Registro na ANVISA: nº 80228990047

Literatura: GA194031FR-0110