



COVID-19

**VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA OU
CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO NO
AMBIENTE DOMICILIAR**

**INSTITUIÇÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA (VNI) OU CÂNULA
NASAL DE ALTO FLUXO (CNAF) NO AMBIENTE DOMICILIAR EM
PACIENTES NA FASE AGUDA DA COVID-19.**

***AUTORIA: COMITÊ COVID-19 ASSOBRAFIR**

Este documento tem como objetivo esclarecer quanto à instituição de ventilação não invasiva (VNI) ou cânula nasal de alto fluxo (CNAF) no ambiente domiciliar em pacientes na fase aguda da COVID-19

No momento atual da pandemia da COVID-19 no Brasil, que aponta para um de crescimento das infecções e diante da saturação dos serviços hospitalares que, em alguns locais, tornam-se incapazes de atender a demanda aumentada de pacientes, a ASSOBRAFIR vem a público emitir seu posicionamento sobre as crescentes práticas de implementação, em ambiente domiciliar, de ventilação não-invasiva (VNI) e/ou de cânulas nasais de alto fluxo (CNAF):

1. No presente, não existem evidências científicas de que VNI ou CNAF possam agir de forma profilática, evitando a progressão da COVID-19 para quadros mais graves. O termo “VNI profilática” aplica-se apenas ao uso de VNI pós-extubação, com a finalidade de reduzir o risco de reintubação em pacientes com alto risco de falência de extubação [1].

2. Quando a intensidade do esforço respiratório não é reduzida com a CNAF ou VNI, há risco de piora da lesão pulmonar, o que convencionou-se chamar de *Lesão pulmonar auto-inflingida (P-SILI)* [2]. Assim, não há critérios para “evoluir” sequencialmente da CNAF para VNI caso paciente apresente piora do quadro.
3. Pacientes com COVID-19 apresentando algum grau de desconforto respiratório podem rapidamente deteriorar sua condição clínica. Portanto, é recomendado que, na presença de progressivo aumento dos sintomas respiratórios e/ou desconforto respiratório, os pacientes sejam avaliados em ambiente hospitalar. A persistência em ambiente domiciliar, nessas condições, recorre no risco de rápida evolução para insuficiência respiratória aguda sem a assistência adequada, com conseqüente risco à vida do paciente [3,4].
4. Ressaltamos que a utilização de VNI ou CNAF em pacientes em risco de insuficiência respiratória, necessita de contínua monitorização profissional [5], ou seja, realizado em ambiente controlado, hospitalar. O atraso no reconhecimento da falta de resposta à VNI ou do CNAF, e de progressão da insuficiência respiratória podem agravar o quadro do paciente e colocar em risco sua possibilidade de recuperação.

Diante do exposto, a ASSOBRAFIR não recomenda a instituição de VNI ou CNAF no ambiente domiciliar em pacientes na fase aguda da COVID-19, de forma “preventiva” ou “profilática”, e recomenda que pacientes com algum grau de desconforto respiratório e hipoxemia sejam encaminhados à assistência em nível hospitalar. Ressalvam-se situações de carência absoluta de leitos hospitalares, quando a instituição desse tipo de terapia em ambiente domiciliar se torna a última opção terapêutica, desde que com acompanhamento contínuo pela equipe profissional de saúde e com os devidos cuidados deste em relação ao uso de equipamento de proteção individual apropriados em função da possibilidade da geração de aerossóis com os procedimentos analisados [6].

Este é o posicionamento da ASSOBRAFIR em relação às recomendações para instituição de ventilação não invasiva (VNI) ou cânula nasal de alto fluxo (CNAF) no ambiente domiciliar em pacientes na fase aguda da COVID-19. Esperamos, com isso, contribuir para a orientação e esclarecimento dos fisioterapeutas neste momento de

incertezas. A ASSOBRAFIR está atenta à evolução dos acontecimentos e sempre que identificar necessidade emitirá nova comunicação.

Atualizado em 25 de fevereiro de 2021.

Referências

1. Duan J, Bai L, Zhou L, Han X, Huang S. Decreasing re-intubation using prophylactic noninvasive ventilation in elderly patients: A propensity-matched study. *J Crit Care.* 2019 Apr;50:77-81.
2. Marini JJ, Gattinoni L. Management of COVID-19 Respiratory Distress. *JAMA.* 2020 Jun 9;323(22):2329-2330.
3. Fan E, Beitler JR, Brochard L, Calfee CS, Ferguson ND, Slutsky AS, Brodie D. COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: is a different approach to management warranted? *Lancet Respir Med.* 2020 Aug;8(8):816-821.
4. Santus P, Radovanovic D, Saderi L, Marino P, Cogliati C, De Filippis G, Rizzi M, Franceschi E, Pini S, Giuliani F, Del Medico M, Nucera G, Valenti V, Tursi F, Sotgiu G. Severity of respiratory failure at admission and in-hospital mortality in patients with COVID-19: a prospective observational multicentre study. *BMJ Open.* 2020 Oct 10;10(10):e043651.
5. Ergan B, Nasıłowski J, Winck JC. How should we monitor patients with acute respiratory failure treated with noninvasive ventilation? *Eur Respir Rev.* 2018 Apr 13;27(148):170101.
6. Matte DL, Cacau L; Reis LFF; Assis MC. Recomendações sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) no ambiente hospitalar e prevenção de transmissão cruzada na COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência.* 2020 Ago;11(Supl 1):47-64.
<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/rebrafis/article/view/41146>