



# Ventilação não invasiva na DPOC

A nova evidência – Perguntas frequentes

Linde Saúde | Cuidados Respiratórios Domiciliários  
[www.linde-healthcare.pt](http://www.linde-healthcare.pt) | [lindesaude@linde.com](mailto:lindesaude@linde.com)  
Linha permanente e gratuita: 800 22 00 22

MED745/marco 2016

Linde: Living healthcare

## Uma nova pesquisa.

“Estudo sobre ventilação não invasiva para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica grave estabilizada: estudo prospectivo, multicêntrico, randomizado e ensaio clínico controlado.”

Um estudo realizado por Thomas Kohnlein e colegas sobre o efeito da VNI de longa duração nos doentes com DPOC grave estabilizada com hipercápnia, demonstrou que a VNI de longa duração tem um efeito positivo na sobrevida destes doentes ( $p < 0,001$ ), reduzindo a hipercápnia.

Aqui respondemos a algumas das questões mais frequentes acerca deste estudo:

### 1. Porque é que os resultados do estudo são tão positivos comparados com os estudos anteriores?

R. Os doentes no grupo de intervenção tinham terapêutica para a DPOC otimizada e ventilação não invasiva por pressão ( $n=102$ ). Os parâmetros ventilatórios foram o factor diferenciador no resultado do estudo, contribuindo para o efeito positivo da ventilação de longa duração na sobrevida na globalidade dos doentes. Os parâmetros ventilatórios foram definidos de acordo com a composição corporal, assim como a *compliance* pulmonar e torácica, com o objetivo de reduzir ao máximo a  $\text{PaCO}_2$  em todos os doentes. As frequências respiratórias programadas foram aumentadas lentamente, numa fase inicial, até alcançar uma ventilação controlada. O objectivo da ventilação foi reduzir o valor basal da  $\text{PaCO}_2$  no mínimo 20% ou atingir valores da  $\text{PaCO}_2$  inferiores a 48,1 mmHg. A pressão inspiratória média foi de 21,6  $\text{cmH}_2\text{O}$  e a pressão expiratória média foi 4,8  $\text{cmH}_2\text{O}$ . A frequência respiratória média foi 16,1.

### 2. Onde foram recrutados os doentes deste estudo?

R. Os doentes foram recrutados em 36 unidades especializadas da Alemanha e da Áustria (de 29 Outubro de 2004 até 31 Julho de 2011). Dos 362 doentes elegíveis, 195 (54%) foram randomizados para o grupo de VNI ( $n=102$ ) e 46% para o grupo de controlo ( $n=93$ ).

### 3. Porque foi tão longo o período de recrutamento e consequente conclusão do estudo? Porque foram excluídos tantos doentes?

R. Foram aplicados critérios de inclusão restritos aos doentes para fazerem parte do estudo. Os doentes com patologia de DPOC estável, elegíveis para o estudo, raramente são seguidos e tratados no hospital e, deste modo, o recrutamento demorou 6 anos.

### 4. O estudo foi suficientemente longo? Os resultados perduram após um ano?

R. O estudo sugere que a adição de VNI, com o objectivo de reduzir a hipercápnia, ao tratamento habitual melhora a sobrevida na globalidade, bem como a capacidade de exercício e a qualidade de vida, por mais de um ano em doentes com DPOC hipercápnica crónica quando comparado com o tratamento *standard* da DPOC sem VNI. Este benefício na sobrevida parece persistir posteriormente sem haver aumento adicional.

## Resposta às suas questões

“A adição da VNI de longa duração ao tratamento *standard* melhora a sobrevida dos doentes com DPOC estável hipercápnica, quando o objetivo é reduzir gradualmente a hipercápnia.”

### 5. Eu prescrevo sempre VNI com pressões baixas pois é mais seguro para os doentes.

R. Não existe evidência de que as altas pressões não são seguras quando comparadas com pressões mais baixas, neste grupo de doentes.

### 6. Como foi aceite a terapia?

R. Muito bem, quando comparada com outros estudos. Apenas 9% interromperam o tratamento, principalmente devido a intolerância ao interface.

### 7. A mortalidade no grupo de controlo foi mais elevada em comparação com outros estudos?

R. A mortalidade dos doentes no grupo de controlo foi semelhante a outros estudos, não sendo um factor que tenha tido influência nos resultados.

### 8. A qualidade de vida foi melhorada no grupo estudado?

R. Sim. Houve uma optimização de 5,6 pontos no SRI (questionário de qualidade de vida específico para doentes ventilados) em comparação com o grupo de controlo.

### 9. Porque devemos mudar a prática de prescrição baseada num estudo, quando nos outros quatro estudos anteriores, não são sugeridos estes resultados?

R. A abordagem deste estudo foi significativamente diferente dos outros estudos. A maioria dos outros estudos não utilizou VNI com pressões elevadas e portanto, os resultados não foram tão positivos. Também é bom lembrar, que as boas práticas de OLD foram influenciadas por estudos com a mesma magnitude na década de 80.

### 10. É possível aplicar a terapia com os dispositivos agora disponíveis na minha prática clínica?

R. Os dispositivos utilizados neste estudo foram fabricados há mais de uma década. Todos os dispositivos nos quais se possam parametrizar pressões inspiratórias de 21  $\text{cmH}_2\text{O}$ , pressões expiratórias de 5  $\text{cmH}_2\text{O}$  e frequências respiratórias entre 2-24 ciclos por minuto, são aplicáveis a este método de tratamento.

### 11. Os resultados do estudo podem ser aplicados na “vida real”?

R. Sim, podem ser utilizados. É importante capacitar os profissionais de saúde com as ferramentas adequadas, educar os doentes para a adesão óptima, dispositivos e acessórios. Também é importante treinar os profissionais de saúde para se familiarizarem com a VNI a pressões mais elevadas.