

Ventilação não Invasiva (VNI) para evitar a intubação orotraqueal

Visão Geral

Este documento foi desenvolvido para orientar o uso da VNI para evitar a intubação orotraqueal. Orientamos que as condutas aqui sugeridas sejam discutidas e avaliadas também durante a realização da visita multiprofissional, uniformizando as informações entre todo o time da unidade, e reforçando que todas as condutas devem ser tomadas de maneira multiprofissional.

Público alvo

Alto nível de evidência

- Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC);
- Edema agudo de pulmão (EAP);
- Insuficiência respiratória pós-operatória;
- Síndrome de hipoventilação por obesidade.

Moderado nível de evidência

- Pacientes imunossuprimidos;
- Trauma torácico.

Baixo nível de evidência

- Pneumonia;
- Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA).

Contraindicações

Absolutas	Relativas
Parada cardiorrespiratória	Instabilidade clínica
Impossibilidade em adaptar a máscara	Cirurgia recente de vias aéreas superiores ou trato gastrointestinal superior
Vômitos incoercíveis ou sangramento do trato gastrointestinal superior em atividade	Secreções abundantes não manejáveis com técnicas de higiene brônquida
Obstrução de vias aéreas superiores	Disfagia
	Ausência de proteção de vias aéreas
Trauma facial	Falência múltipla (dois ou mais) de órgãos
	Insuficiência respiratória grave progressiva
Recusa do paciente	Agitação e não cooperação
	Gravidez

Ventilação não Invasiva (VNI) para evitar a intubação orotraqueal

Preditores de falha da terapia

Alguns preditores de falha definidos na literatura justificam um monitoramento mais próximo do paciente, sendo eles:

Antes da terapia	Após início da terapia	Após 60 minutos da terapia
Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA)	Vazamento aéreo excessivo	Sinais de fadiga muscular
Estado mental alterado	Respiração assíncrona com o ventilador	Ausência de melhora do pH (pH < 7,25)*
Choque		Ausência de melhora da oxigenação (SpO ₂ < 85%)
Hipoxemia severa apesar da oferta de oxigênio	Comprometimento neurológico (RNC com ECG < 8, delirium e agitação perigosa)**	Ausência de redução da frequência respiratória (FR < 30irpm)
Secreção abundante		Trauma facial
Frequência respiratória muito elevada	Má tolerância	Recusa do paciente

*considerar a clínica do paciente.

**RNC: rebaixamento do nível de consciência; ECG: Escala de Coma de Glasgow

Referências Bibliográficas

- Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2017; 50: 1602426 [https://doi.org/10.1183/13993003.02426-2016]
- Mas A, Masip J. Noninvasive ventilation in acute respiratory failure. *International Journal of COPD* 2014;9 837–852
- Aswanetmanee P, Limswat C, Maneechotesuwan K, Wongsurakiat P. Noninvasive ventilation in patients with acute hypoxemic respiratory failure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scientific Reports*; 2023; 13:8283
- Schettino, GPP. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *Ventilação Mecânica Não Invasiva*. *J Bras Pneumol*. 2007;33 (Supl 2) :S 92–S 105