

Ventilação não Invasiva (VNI) para evitar a falha de extubação

Visão Geral

Este documento foi desenvolvido para orientar o uso da VNI para evitar a falha da extubação. 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

Paciente em pós extubação (EOT) que tenham um ou mais dos critérios (fatores de risco) a seguir:

Fatores de risco
Parada cardiorrespiratória
Insuficiência cardíaca como causa da intubação
Pontuação da Avaliação em Saúde da Fisiologia Aguda e Crônica (APACHE) V > 12 no momento da extubação
Exacerbação da Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
Doença pulmonar crônica com uso de ventilação mecânica invasiva por mais de 48 horas
Hipercapnia ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$) durante Teste de Respiração Espontânea (TRE)
Falha em uma ou mais tentativas de desmame
Reflexo de tosse inadequado ou necessidade de mais de 2 aspiração dentro de 8 horas antes da extubação
Presença de 2 ou mais comorbidades associadas

Ventilação não Invasiva (VNI) para evitar a intubação orotraqueal

Contraindicações

- Trauma facial ou em crânio
- Cirurgia facial
- Cirurgia abdominal recente (discutir com equipe cirúrgica)
- Hemorragia digestiva alta ativa
- Quantidade excessiva de secreções respiratórias

Crítérios de falha da VNI pós extubação

Considerar falha da terapia se após 1 hora de terapia houver:

- Ausência de melhora de PaCO₂
- Queda na SpO₂ < 85%, mesmo após incremento da FiO₂
- Alteração do estado mental (RNC, delirium e agitação perigosa)
- Sinais de fadiga muscular respiratória
- Quantidade de secreção abundante
- Instabilidade hemodinâmica (arritmia nova, FC>140bpm, PAS>180mmHg ou <90mmHg)

Referências Bibliográficas

- Roberts KJ, Goodfellow LT, Battey-Muse CM et al. AARC Clinical Practice Guideline: Spontaneous Breathing Trials for Liberation From Adult Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 2024.
- Burns KEA, Meade MO, Premji A, Adhikari NKJ. Noninvasive positive-pressure ventilation as a weaning strategy for intubated adults with respiratory failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD004127. DOI: 10.1002/14651858.CD004127.pub3
- Fan E, Zakhary B, Amaral A, McCannon J et al. Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults An Official ATS/ACCP Clinical Practice Guideline. *Ann Am Thorac Soc*, 2017, Vol 14, No 3, pp 441–443.
- Girard TD, Alhazzani W, Kress JP, Ouellette DR et al. An Official American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults Rehabilitation Protocols, Ventilator Liberation Protocols, and Cuff Leak Tests. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2017,195(1).
- Hernandez G, Paredes I, Moran F et al. Effect of postextubation noninvasive ventilation with active humidification vs high-flow nasal cannula on reintubation in patients at very high risk for extubation failure: a randomized trial. *Intensive Care Med* (2022) 48:1751–1759.
- Khilnani GC, Galle AD, Hadda V, Sharma SK. Non-invasive ventilation after extubation in patients with chronic obstructive airways disease: a randomised controlled trial. *Anaesth Intensive Care* 2011; 39: 217–223.
- Mohamed KAE, Abdalla MH. Role of non invasive ventilation in limiting re-intubation after planned extubation. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis* (2013) 62, 669–674.
- Ouellette DR, Patel S, Girard TD, Morris PE et al. Liberation From Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults: An Official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society Clinical Practice Guideline Inspiratory Pressure Augmentation During Spontaneous Breathing Trials, Protocols Minimizing Sedation, and Noninvasive Ventilation Immediately After Extubation. *CHEST* 2017; 151(1):166–180.