Newsletter
LINDE SAÚDE

abril 2019

Cuidados Respiratórios Domiciliários

Aferição da oxigenoterapia de deambulação

"A oximetria das atividades de vida diária está menos presente nas *guidelines* e estudos publicados, ainda assim a BTS sugere como boa prática clínica que "todos os doentes devem ser avaliados para OD no contexto das suas atividades diárias e terapias."

Rita Duarte

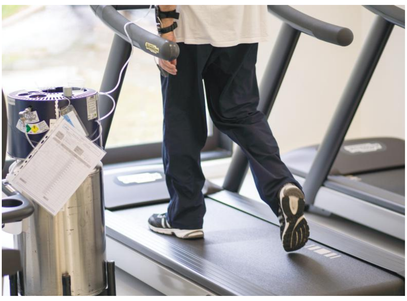
Fisioterapeuta
Clinical Sales Specialist
Linde Saúde

Leia o artigo completo →

Reabilitação Respiratória

Como melhorar a implementação da Reabilitação Respiratória

"A Reabilitação Respiratória é claramente subutilizada em todo o mundo, acentuando a desigualdade no acesso a estes programas, com amplo prejuízo para todos os doentes que deles poderiam beneficiar."



Fátima Rodrigues, MD, PhD, MSc

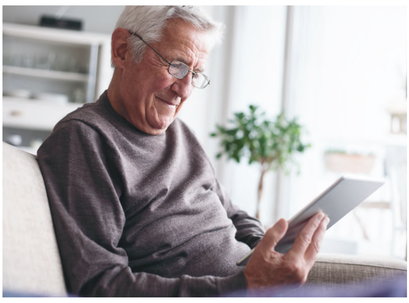
Pneumologista, Coordenadora da Unidade de Reabilitação Respiratória, CHLN-Hospital Pulido Valente

Clique aqui para saber mais sobre a reabilitação respiratória →

Inovação

Telemonitorização na DPOC

"O recurso a esta ferramenta privilegia a educação para a saúde: os doentes (e cuidadores) aprendem a reconhecer melhor os seus sintomas e valorizam eficazmente os seus próprios sinais de alerta, contribuindo para a autogestão da doença, fundamental em patologias crónicas."



Joana Belchior

Cardiopneumologista
Clinical Management Centre Specialist, Linde Saúde

Descubra a telemonitorização →

Comunidade

Queremos chegar mais longe

O nosso principal objetivo é trazer-lhe todos os meses informação atual sobre o que de mais relevante se passa na área da **Saúde Respiratória**. Se sente que a nossa newsletter adiciona valor, ajude-nos a crescer e a chegar mais longe! Partilhe-a com colegas e amigos e faça-nos chegar sugestões de temas que queira ver desenvolvidos neste espaço.

Se quiser fazer parte da nossa comunidade, envie o seu e-mail para linde.homecare@linde.com

Envie-nos um e-mail →

Linde
Making our world more productive

Cuidados Respiratórios Domiciliários

AFERIÇÃO DA OXIGENOTERAPIA DE DEAMBULAÇÃO

RITA DUARTE

Fisioterapeuta
Clinical Sales Specialist
Linde Saúde

Aferição. O conceito é comum para quem no dia-a-dia acompanha doentes sob oxigenoterapia, mas na prática as orientações e procedimentos não são únicos e há ainda espaço suficiente para discussões saudáveis.

A oxigenoterapia de deambulação (OD) é definida como o uso de oxigénio suplementar durante a realização de exercício físico e nas atividades da vida diária.

As mais recentes *guidelines* da *British Thoracic Society* (BTS) para a oxigenoterapia domiciliária em adultos referem os principais grupos de doentes com indicação para OD. Com maior grau de evidência surgem os doentes com critério para oxigenoterapia de longa duração, para os quais a OD permite o cumprimento do número de horas/dia de terapia, sem restrição ao domicílio. Estes doentes podem ser ativos, conseguindo com recurso aos dispositivos portáteis de oxigénio uma maior funcionalidade e autonomia, mas podem também ser doentes com elevado grau de dependência (e.g. utilizadores de cadeira-de-rodas), para os quais o dispositivo permite a saída frequente do domicílio.[1]
Neste último ponto verifica-se um contraste com as Normas de Orientação Clínica da Direção Geral da Saúde, que apenas suportam a prescrição de OD a doentes com deambulação comprovada.[2]

O outro principal grupo refere-se aos doentes normoxémicos em repouso com dessaturação documentada em esforço, em que a administração suplementar de oxigénio é comprovadamente benéfica (melhoria da capacidade de exercício, saturação de oxigénio e/ou grau de dispneia).[3]

A aferição da OD não é assumidamente realizada de maneira uniforme, uma vez que as *guidelines* e evidência existente sugerem várias opções. Os objetivos esses sim são transversais: determinar o dispositivo e débito/*setting* adequado ao doente em causa.[1] Reavaliando estes resultados periodicamente e sempre que se verifique alteração da condição clínica.

A Prova de Marcha 6 min (PM6m), nas suas versões de corredor de 30 a 20m ou no corredor de 10m, é no panorama nacional o procedimento mais frequente. Mas, como sugerido pela BTS o Incremental e *Endurance Shuttle Walking Test* (ESWT) são opções também recomendadas, sendo ainda referido no mesmo documento que há alguma evidência de que, provas como o ESWT, podem apresentar maior sensibilidade.[1] É ainda de realçar que o ESWT exige um ISWT prévio e que o consumo de tempo e os riscos são superiores ao da PM6m.

Para as provas de marcha sugeridas o protocolo apresentado é idêntico. Neste, sublinha-se a recomendação da realização da aferição com a fonte de oxigénio e modelo de equipamento que o doente irá utilizar no domicílio. Bem como, se necessário, a repetição da prova com o débito/*setting* estimado até correção da dessaturação, assegurando o descanso e estabilização do doente entre provas.[1]

A PM6m e o ESWT não são, no entanto, as únicas provas utilizadas para a aferição da OD.

> A oximetria das atividades de vida diária está menos presente nas guidelines e estudos publicados, ainda assim a BTS sugere como boa prática clínica que "todos os doentes devem ser avaliados para OD no contexto das suas atividades diárias e terapias".

Existem ainda estudos que sugerem uma maior adequação deste método evitando situações de sub/sobrestimação do débito/*setting* de oxigénio.[4]

Diferenças à parte, aspetos práticos como a seleção do sensor do oxímetro ou da interface para a OD são cruciais para uma aferição válida, independentemente do protocolo selecionado.

Mais estudos comparativos entre os protocolos de aferição são necessários. No entanto, na era da medicina personalizada a expectativa é que a resposta sobre qual o protocolo mais adequado, não seja singular.

Referências:

Hardinge, M., Annandale, J., Bourne, S., Cooper, B., Evans, A., Freeman, D., Green, A., ... *British Thoracic Society Standards of Care Committee. (January* 01, 2015*). British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. Thorax*, 70, 1-43.
Direção-Geral da Saúde. (2015). Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia. Norma de Orientação Clínica Nº 018/2011.
McDonald, C. F., Whyte, K., Jenkins, S., Serginson, J. and Frith, P. (2014). *Adult domiciliary oxygen therapy: Clinical Practice Guideline. The Thoracic Society of Australia and New Zealand.*
Fussell, K. M., Ayo, D. S., Branca, P., Rogers, J. T., Rodriguez, M., & Light,

PRÉMIO CINCO ESTRELAS 2019
CUIDADOS DE SAÚDE AO DOMICÍLIO

COMO MELHORAR A IMPLEMENTAÇÃO DA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA

FÁTIMA RODRIGUES, MD, PhD, MSc

Pneumologista, Coordenadora
da Unidade de Reabilitação Respiratória do CHLN
Hospital Pulido Valente

A reabilitação respiratória (RR) é uma intervenção multidisciplinar, abrangente, com evidência científica A, desenhada para melhorar a condição física e psicológica dos portadores de doenças respiratórias crónicas. Inclui, entre outros, programas de treino de exercício e de educação para a autogestão, incentivando a modificação de comportamentos com vista à promoção da saúde, de que são exemplo, a evicção tabágica, o exercício físico regular e os hábitos alimentares equilibrados[1].

Apesar da evidência ter demonstrado benefícios clínicos e psicossociais com os programas de RR, tais como a redução do número e duração das hospitalizações, a melhoria sintomática, em particular, da dispneia e da fadiga muscular, o aumento da capacidade para o exercício e realização das atividades diárias com melhor integração sociofamiliar e profissional, entre outras, esta intervenção é claramente subutilizada em todo o mundo, acentuando a desigualdade no acesso a estes programas, com amplo prejuízo para todos os doentes que deles poderiam beneficiar[2].

O Documento Oficial Conjunto da Sociedade Torácica Americana e da Sociedade Respiratória Europeia (ATS/ERS) tem como objetivo difundir as políticas de saúde para a implementação da RR, através de uma ampla divulgação do conhecimento sobre esta intervenção junto dos profissionais de saúde, das entidades pagadoras e dos doentes, bem como aumentar o acesso pelos doentes e assegurar a qualidade dos programas de RR[2].

O conhecimento do que é a RR e dos seus benefícios deverá ser incluído nos currículos académicos dos futuros profissionais de saúde: médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, etc. Já como profissionais no terreno, estes deverão ter acesso à formação contínua e atualização nesta área, assim como devem ser criadas condições para a prática da investigação, ampliando o conhecimento e a adoção das melhores práticas em RR.

Os programas de RR promovem uma maior capacitação, autonomia e reintegração socioprofissional dos doentes respiratórios, o que deve ser reconhecido pelas entidades que regulamentam o pagamento das sessões de RR.

O elevado rácio custo-efetividade dos programas de RR, apenas ultrapassado pela vacinação antigripal e pela intervenção na cessação tabágica[3], deve ser do conhecimento de todos os intervenientes na saúde: políticos, entidades pagadoras, profissionais de saúde, autoridades de saúde e doentes.

Os programas de RR atualmente existentes em Portugal são insuficientes para dar resposta à população de doentes elegíveis para beneficiar desta intervenção[4]. Entre as causas apontadas para esta insuficiência destacam-se o número reduzido de centros a nível nacional, a sua centralização nas instituições hospitalares e, em muitos casos, a reduzida capacidade instalada, no que se refere à captação de doentes.

Para aumentar o acesso à RR devem ser criados mais centros/unidades de reabilitação respiratória de base hospitalar e ampliar a capacidade de admissão a um maior número de doentes graves/-complexos nos centros já existentes, assim como devem ser promovidos cuidados de proximidade nos centros de saúde, na comunidade ou no domicílio, onde os programas de RR dirigidos a doentes menos graves/estáveis podem ser implementados com a contratação de profissionais da RR como os fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas ou assistentes sociais.

A interação com outros parceiros como os fisiologistas do exercício, pode facilitar a continuidade da prática de exercício na comunidade em doentes menos graves.

Os programas de RR devem ser desenvolvidos por profissionais competentes, motivados, com uma boa articulação interdisciplinar e a qualidade das intervenções deve ser baseada na melhor evidência científica. A identificação de importantes barreiras individuais no acesso aos programas: a distância, o défice económico, o isolamento social/familiar deverá motivar estratégias terapêuticas que integram o apoio social aos doentes e seus cuidadores.

Referências:

1- Spruit M, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, et al. *on behalf of the ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care* Med2013;188(8):e13–e64.
2- Rochester C, Vogiatzis I, Holland AE, et al. *An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Policy Statement: Enhancing Implementation, Use, and Delivery of Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care* Med2015,192(11):1373-86.
3- Vogiatzis I, Rochester C, Spruit M, et al. *Increasing implementation and delivery of pulmonary rehabilitation: key messages from the new ATS/ERS policy statement*. Eur Respir J 2016,47:1336-1341.
4- Rodrigues C, Martins V, Munhá J, Aguiar Branco C. Relatório de análise da capacidade instalada de Reabilitação Respiratória nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias 2012-2016, Diretora: Cristina Bárbara. Obtido em: www.dgs.pt

TELEMONITORIZAÇÃO NA DPOC

JOANA BELCHIOR

Cardiopneumologista e
Clinical Management Centre Specialist
Linde Saúde

A crescente revolução tecnológica e digital a que temos vindo a assistir pode também ser aplicável à área da saúde. Com o aumento da esperança média de vida, assistimos a uma maior prevalência das doenças crónicas, para as quais há que implementar uma gestão mais eficiente a médio/longo prazo. Nos últimos anos, surgem conceitos que aliam a utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) à gestão integrada de cuidados de saúde. A telemonitorização consiste na recolha digital, à distância, de biossinais (via *bluetooth*/redes 3G ou 4G, etc.) e sua transmissão para análise por profissionais de saúde.

As doenças respiratórias crónicas, em particular a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), tem um grande impacto para o próprio doente, sua família e cuidadores, mas também para os serviços de saúde. As exacerbações da DPOC contribuem para a rápida progressão da doença e redução da qualidade de vida dos doentes. Assim, torna-se fundamental a sua deteção precoce para uma resposta mais rápida. A telemonitorização poderá ser a ferramenta para tal[1].

Um estudo realizado em Espanha comparou um grupo de doentes com DPOC com acesso a cuidados médicos convencionais com outro sob telemonitorização diária. A partir do domicílio, os doentes mediam biossinais específicos como a saturação periférica de oxigénio (spO_2), pressão arterial e temperatura, os quais permitiam determinar valores basais personalizados a cada doente. Estes dados eram recebidos por profissionais de saúde que analisavam eventuais desvios desses biossinais, contactavam o doente para avaliar sintomatologia associada e que, confirmando uma exacerbação, articulavam uma mais rápida intervenção e otimização com o médico assistente. Os principais resultados demonstraram redução estatisticamente significativa no número e dias de hospitalização, bem como das deslocações ao serviço de urgência do grupo telemonitorizado face ao grupo de controlo[2].

É de realçar que a existência de um **Centro de Gestão Clínica (CGC)**, constituído por um grupo de profissionais de saúde (cardiopneumologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos) especializados na gestão da doença crónica.

O CGC é essencial na triagem dos biossinais e sua correlação com a sintomatologia, bem como na confirmação de exacerbações e sua estratificação por grau de gravidade, permitindo que apenas os casos que realmente o justifiquem recorram aos cuidados médicos e/ou hospitalares.

Um outro estudo italiano comparou 4 grupos de doentes, também eles em estadios avançados: um sob oxigenoterapia de longa duração (OLD), outro sob OLD e ventilação não invasiva (VNI) e outros dois com as mesmas caraterísticas, ambos sob telemonitorização. Os grupos telemonitorizados transmitiam diariamente valores de spO_2 que eram avaliados e triados igualmente por um centro de gestão clínica. Os restantes eram submetidos a cuidados convencionais, com consultas trimestrais. Os autores concluíram que o grupo telemonitorizado sob VNI e OLD apresentou um risco inferior de exacerbação, estatisticamente significativo, do que os restantes. Já o outro grupo telemonitorizado apresentou risco de exacerbação significativamente inferior do que o grupo apenas sob OLD. Os doentes sob telemonitorização apresentaram ainda uma redução de 50% no risco de hospitalização, não havendo, contudo, diferenças estatisticamente significativas quanto à sobrevida entre os grupos[3].

Uma das grandes vantagens da telemonitorização é permitir alcançar um maior número de doentes, nomeadamente aqueles que se encontram em áreas geográficas mais remotas, encurtando distâncias. Na mesma linha de atuação, recorrendo às TIC, também outras formas de instituir cuidados de saúde estão a ser exploradas, nomeadamente a realização de exames complementares de diagnóstico de *follow-up*, como espirometrias ou eletrocardiogramas, programas de tele-reabilitação ou até mesmo difusão de conteúdos informativos sobre a patologia, fatores de risco ou hábitos de vida saudável[1].

É certo que o papel da telemonitorização na DPOC não é ainda consensual e mais estudos são necessários para comprovar a sua real importância[4], mas o recurso a esta ferramenta privilegia a educação para a saúde: os doentes (e cuidadores) aprendem a reconhecer melhor os seus sintomas e valorizam eficazmente os seus próprios sinais de alerta, contribuindo para a autogestão da doença, fundamental em patologias crónicas.

Referências:

1- Ambrosino N, Vagheggini G, Mazzoleni S, et al. *Telemedicine in chronic obstructive pulmonary disease. Breathe* 2016;12:350–356.
2- Calvo GS, Gómez-Suárez C, Soriano JB, et al. *A home telehealth program for patients with severe COPD: The* PROMETE *study.* Resp Med 2014;108(3):453-462.
3- Vitacca M, Paneroni M, Grossetti F et al. *Is There Any Additional Effect of Tele-Assistance on Long-Term Care Programmes in Hypercapnic COPD Patients? A Retrospective Study. COPD: Journal of Chronic ObstructivePulmonary Disease,* DOI: 10.3109/15412555.2016.1147542
4 - GOLD. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease* (2017 *report*). *Available at:* http://www.goldcopd.com accessed 20 April 2018.