

Trabalhos Científicos

Título: Abordagem Terapêutica Em Doença Respiratória Pediátrica Agudizada: Cnaf Ou Cpap

Autores: ISABELA GOMES GALVÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS - UNIATENAS), NATHÁLIA PRADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS - UNIATENAS), TALITHA ARAÚJO VELÔSO FARIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS - UNIATENAS)

Resumo: Introdução: A intervenção de primeira escolha para tratamento de doenças respiratórias agudas em crianças é a ventilação mecânica não invasiva, como a cânula nasal de alto fluxo (CNAF) e a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). Todavia, doenças como bronquiolite, asma, síndrome do desconforto respiratório e a pós-extubação em crianças gravemente doentes tiveram efeitos distintos com o uso das diferentes técnicas.
Objetivos: O objetivo do estudo foi analisar a efetividade do CPAP frente ao CNAF em diferentes situações de internação de crianças com doenças respiratórias agudas.
Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de pesquisas científicas randomizadas, as quais foram obtidas na base de dados PubMed. Foram utilizados os descritores “high-flow cateter cannula”, “continuous positive airway pressure” e “child”. Ademais, filtros foram adicionados: artigos dos últimos 5 anos, completos e gratuitos, em inglês e português. Foram obtidos 271 resultados e a partir de fatores excludentes, como DPOC, COVID 19, amostra com adultos e artigos sem dualidade entre CNAF e CPAP, selecionando 4 para efetuar o presente estudo.
Resultados: Evidencia-se que pacientes asmáticos tiveram uma melhor eficácia utilizando o CNAF durante o seu tratamento, pois reduziu o desconforto respiratório nas primeiras horas, o que garantiu um menor tempo de tratamento. Isto porque a cânula pode transmitir pressão positiva nas vias aéreas, melhorar a oxigenação e ventilação e reduzir o espaço morto da nasofaringe, permitindo um fluxo de gás umidificado e aquecido, que reduz a resistência das vias aéreas. Contudo, em pacientes pediátricos graves pós-extubação, o CNAF não ofereceu suporte respiratório satisfatório, o que causou piora clínica e, posteriormente, transferência para o uso do CPAP e maior tempo de tratamento. Além disso, crianças com síndrome do desconforto respiratório e bronquiolite tiveram um desfecho semelhante no uso das duas intervenções, posto que a taxa de falhas entre os dois métodos foi análoga e a mudança do CPAP para o CNAF foi em razão da baixa adesão à interface do tratamento e uma maior assincronia da criança. Já o oposto ocorreu pela não eficácia esperada do CNAF durante a terapêutica, usando, assim, o CPAP como desmame durante a intervenção.
Conclusão: Conclui-se que para crianças em estado grave em que foi necessário suporte respiratório não invasivo e em situações de síndrome do desconforto respiratório, o CNAF provou-se equivalente ao CPAP frente ao tempo de liberação da terapia. Já frente a quadros de asma, o CNAF mostrou-se superior, pois reduz a necessidade do uso de oxigênio e broncodilatadores. Em contrapartida, diante do contexto de pós extubação, o CPAP se mostra superior para que o paciente alcance desmame da oxigenação em menor período. Logo, para minimizar as diferenças no tratamento, é necessário que profissionais sejam capacitados de forma efetiva para o manejo das técnicas, a fim de identificar a demanda de acordo com cada caso clínico e aplicar a via otimizada.