

OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

Demandante: Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde
– DAE/SAS/MS

Apresentação

Algumas propostas de incorporação tecnológica no SUS são avaliadas pela CONITEC de forma simplificada, não sendo submetidas à consulta pública e/ou audiência pública. São propostas de relevante interesse público que tratam de ampliação de uso de tecnologias, nova apresentação de medicamentos ou incorporação de medicamentos com tradicionalidade de uso. Todas essas demandas envolvem tecnologias de baixo custo e baixo impacto orçamentário para o SUS e estão relacionadas à elaboração ou revisão de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT).

A Doença

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios associados à limitação da capacidade ventilatória, sendo geralmente causada por exposição inalatória crônica a material particulado, principalmente decorrente de tabagismo. No Brasil, tem sido a quinta maior causa de internação no sistema público, com 200 mil hospitalizações ao ano e gasto anual aproximado de 72 milhões de reais. (1,2,3)

A DPOC é uma moléstia inflamatória progressiva das vias aéreas podendo, em seus estágios mais avançados, levar a comprometimento significativo da oxigenação arterial. A redução da saturação de oxigênio no sangue arterial é fator de risco para complicações e morte. Além disso, a hipoxemia crônica ($PaO_2 < 55$ mmHg) está associada a importante comprometimento físico, psíquico e social, com consequente redução da qualidade de vida. (4,5)

O Procedimento

Estudos clínicos com grande quantidade de portadores de DPOC mostraram redução de complicações e de mortalidade em usuários de oxigenoterapia prolongada. O estudo NOTT (6) incluiu 203 pacientes com DPOC hipoxêmicos crônicos, em condição clínica estável. Os pacientes foram randomizados para receber oxigênio suplementar noturno ou oxigênio contínuo. Em 36 meses observou-se menor mortalidade ($p < 0,01$) entre os indivíduos que receberam oxigenoterapia contínua.

Outro estudo com 87 pacientes portadores de DPOC e hipoxemia arterial grave randomizou os pacientes para receber oxigênio por pelo menos 15 horas diárias ou não receber oxigênio suplementar. O grupo que recebeu oxigênio apresentou redução na mortalidade tardia. (7)

Há também evidências de que a oxigenoterapia domiciliar prolongada leve a outros benefícios além da redução da mortalidade, como estabilização da hipertensão arterial pulmonar, redução das arritmias, melhora na capacidade para o exercício, melhora de sintomas de depressão e redução nas exacerbações e hospitalizações. (8-11)

A oxigenoterapia é até o momento a única intervenção não farmacológica comprovadamente eficaz no aumento da sobrevida em DPOC. Assim, está indicada para pacientes com DPOC avançada, usualmente em estágio IV, não tabagistas, que preencham critérios de hipoxemia crônica mediante avaliação de trocas gasosas por exame de gasometria arterial. Indica-se a utilização contínua em uso domiciliar através de aparelho concentrador de oxigênio, por no mínimo, 15 horas diárias. (4,5,11)

São critérios para indicação: (3,5,11)

- $PaO_2 < 55$ mmHg ou
- $SpO_2 < 88\%$ ou
- PaO_2 55-59 mmHg / $SpO_2 < 89\%$ se sinais de hipertensão arterial pulmonar cor pulmonale (policitemia, edema periférico, turgência jugular, segunda bulha cardíaca hiperfonética, ECG com onda “p pulmonale”).

Os pacientes candidatos à oxigenoterapia domiciliar devem se encontrar clinicamente estáveis e com terapia farmacológica otimizada. Cerca de 25-50% das hipoxemias pós-alta são transitórias, devendo esse aspecto ser analisado para a indicação de uso prolongado. Recomenda-se que duas gasometrias arteriais sejam realizadas com intervalo de 3-4 semanas em situação clínica estável.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 32

O paciente em oxigenoterapia prolongada deve ter monitorização adequada da saturação arterial de oxigênio. O fluxo ideal de oxigênio deve ser titulado individualmente conforme oximetria, sendo que o fluxo deverá ser o menor suficiente para manter a saturação de pulso mínima de 90%. (4,5,9,11)

Retenção de CO₂ e acidose respiratória com depressão do sistema nervoso central são riscos decorrentes de oxigenoterapia, os quais são minimizados pela manutenção do fluxo mínimo recomendado para o caso. Pacientes devem ser orientados a manter fontes de oxigênio longe de fogo. O tabagismo é uma contra-indicação, pois aumenta o risco de explosão. (9)

Recomendação da CONITEC

Diante do exposto, os membros da CONITEC presentes na 1ª reunião extraordinária do plenário do dia 04/07/2012 recomendaram a incorporação do procedimento oxigenoterapia domiciliar para o tratamento da DPOC, conforme PCDT a ser elaborado pelo Ministério da Saúde.

Referências

1. Jardim JR, Oliveira J, Nascimento O. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). J Bras Pneumol 2004;30:s1-s42.
2. Jardim JR, Camelier AA, Rosa FW, et al. A population based study on the prevalence of COPD in São Paulo Brazil. Am J Respir Crit Care Med 2004;169.
3. Pessoa C, Pessoa R. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. Pulmão RJ - Atualizações Tematicas 2009;1:7-12.
4. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. GOLD 2008. www.gold.com.
5. Machado MCLO. Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada. SBPT 2008. www.sbpt.org.br.
6. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic lung disease: a clinical trial. Ann Intern Med 1980;93:391-8.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 32

7. Report of the Medical Research Council working party. Long-term domiciliary oxygen therapy chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. *Lancet* 1981; 1; 1681-6.
8. Ferreira CAS, Stelmach R, Feltrin MIZ et al. Evaluation of health-related quality of life in low-income patients with COPD receiving long-term oxygen therapy. *Chest* 2003;123:136-41.
9. Rous MRG. Long-term oxygen therapy: Are we prescribing appropriately? *Int J COPD* 2008;3(2):231-7.
10. Tirlapur VG, Mir MA. Nocturnal hypoxemia and associated electrocardiographic changes in patients with chronic obstructive airways disease. *N Engl J Med* 1982;306:125-30.
11. O Reilly P; Bailey W. Long-term continuous oxygen treatment in chronic obstructive pulmonary disease; proper use, benefits and unresolved issues. *Cur Opin Pulm Med* 2007; 13; 120-4.