

2. BRAND PLP, QUANJER PH H, POSTMA DS, KERSTJENS RAM, KOETER GH, DEKHUIJZEN PNR, SLUITER HJ and the Dutch chronic non-specific lung disease (CNSLD) study group. *Thorax* 1992; 47: 429-436.
3. CELLI B. Lung function revisited: primary outcome or diagnostic tool? Lung function measurement –more than just FEV1. Global COPD Conference: Setting the Stage, Kos, Greece 2001.
4. SHERWOOD BURGE P. Bronchodilator and bronchoconstrictor responses. An International Multidisciplinary Meeting on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Birmingham 2002.
5. CELLI B. Stratification of disease severity. An International Multidisciplinary Meeting on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Birmingham 2002.
6. BELMAN MJ, BOTNICK WC, SHIN JW. Inhaled bronchodilators reduce dynamic hyperinflation during exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1996; 153: 967-975.
7. O'DONNELL DE, WEBB K. The etiology of dyspnea during exercise in COPD. <http://www.chetnet.org/education/ppccu/vol14/lesson15.html>. Copyright 2000 American College of Chest Physicians.

Fátima Rodrigues, 02.08.27

Recomendações da ATS para o teste de marcha de 6 minutos

ATS statement: guidelines for the six-minute walk test

Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 111-117.

RESUMO

As recomendações para a realização do Teste de Marcha de 6 minutos (TM6m) recentemente publicadas pela ATS, como em outras circunstân-

cias de âmbito clínico, são extremamente importantes, pois habitualmente constituem as normas de aplicação clínica geral e internacional.

Definem os fundamentos, indicações, limitações, contra-indicações e os aspectos técnicos para a sua realização, assim como a sua interpretação.

FUNDAMENTOS

Este teste, inicialmente desenvolvido nos anos 60 para avaliação simples da capacidade funcional no exercício em diversas patologias, foi aplicado nos doentes respiratórios a partir de 1982.

Outros testes simples de avaliação da capacidade de exercício têm sido utilizados, como a informação dada pelo doente ou a subida de lanços de escadas, mas ou são subjectivos ou de difícil protocolização.

O melhor teste – Teste de Exercício Cardio-pulmonar –, que permite objectivar todos os sistemas e mecanismos envolvidos no exercício e que deve ser realizado para diferenciar as causas de limitação ao exercício, tem o inconveniente de exigir equipamento sofisticado, pelo que a sua aplicação prática é restrita. Outro aspecto importante é que este teste é máximo, enquanto o TM6m é submáximo, reflectindo assim melhor a capacidade funcional do doente para as actividades de vida diária.

INDICAÇÕES

- Este teste tem sido aplicado em três âmbitos:
- Comparação de Resultados após Tratamento, como na cirurgia pulmonar (ressecção, redução de volume e transplante), reabilitação pulmonar, DPOC, hipertensão pulmonar e insuficiência cardíaca.
 - Avaliação simples da Capacidade Funcional, como na DPOC, fibrose quística e insuficiência cardíaca.
 - Predição de Mortalidade e Morbilidade, como na DPOC e insuficiência cardíaca.

CONTRA-INDICAÇÕES

Como em outras circunstâncias, enfarte do miocárdio recente ou angina instável são contra-indicações absolutas e hipertensão arterial (sistólica > 180, diastólica > 100) e taquicardia > 120 são relativas.

CRITÉRIOS DE SEGURANÇA

O teste deve ser efectuado num local em que medidas de emergência estejam rapidamente acessíveis, como a reanimação cárdiopulmonar. O médico ou técnico que o realize devem ter experiência em reanimação.

O teste deve ser interrompido se o doente apresentar dor torácica, dispneia grave, dor muscular nos membros inferiores, sudação e palidez.

ASPECTOS TÉCNICOS E PARÂMETROS

O local do teste deve ser um corredor interior (ou exterior com bom tempo), plano e de superfície dura, sem desvios ou obstáculos, de 30 metros e com marcações de 3 em 3 metros. Corredores mais pequenos implicam mais voltas e diminuem a distância percorrida, pelo que não devem ser utilizados.

O equipamento necessário consiste num cronómetro, marcações dos pontos de viragem, uma cadeira, oxigénio, esfigmomanómetro e desfi-brilhador, e registo de voltas e distância percorrida, assim como parâmetros basais e finais. Um oxímetro de pulso é considerado opcional, pois é considerada a distância como objectivo principal e, se repetido, a melhoria na distância e de sintomas são os parâmetros utilizados.

O doente deve usar roupa e sapatos confortáveis, a medicação habitual efectuada, se for o caso apenas uma refeição ligeira, e não ter realizado esforço físico significativo nas 2 horas anteriores.

No caso de repetição do teste, este deve ser feito na mesma altura do dia.

Não deve haver pré-aquecimento.

O doente deve estar sentado nos 10 minutos antes do teste, altura em que serão registados os parâmetros basais.

Estes incluem identificação, altura e peso, raça, tensão arterial, frequência cardíaca, avaliação da dispneia e cansaço pela escala de Borg, medicação tomada e débito de oxigénio utilizado durante o teste, e saturação de pulso de O₂.

Antes do teste, é explicado em que consiste e o que se pretende (distância máxima em 6 minutos) e pode mesmo o técnico exemplificar com uma volta.

O doente deve caminhar o mais rápido possível, com o passo que lhe seja próprio (não correr ou adoptar outro tipo de passo), podendo abrandar, parar ou encostar-se e retomar de novo a marcha até completar os 6 minutos.

O técnico não acompanha o doente durante o teste, ficando no ponto inicial.

Em cada minuto, deve informar que o doente está a ir bem e dizer quantos minutos faltam. Como o encorajamento aumenta a distância percorrida, a voz deve ser sempre a mesma e não devem ser ditas outras palavras ou frases de incentivo.

Se for necessário oxigénio suplementar, este deve estar regulado no débito habitual para o exercício (o doente ou transporta a bala de O₂ líquido ou empurra uma bala portátil, não sendo recomendado que seja o técnico a fazê-lo).

INTERPRETAÇÃO

A maioria dos testes são efectuados antes e depois de uma intervenção: cirurgia, medicação, reabilitação ou oxigenoterapia, e a principal questão é se o doente apresenta uma melhoria clínica significativa (distância, escala de sintomas e oxigenação).

Como a reprodutibilidade é boa, se os testes foram bem executados o aumento da distância é a medida principal.

Esta pode ser expressa em valores absolutos, percentagem de modificação ou das percentagens

dos valores de referência. Como não existem valores de referência fiáveis (os estudos existentes apresentam distâncias médias entre 500 e 630 m), é recomendado que a modificação seja expressa em valores absolutos (por exemplo, mais 50 m).

Em caso de teste único, os valores publicados e acima referidos serão usados enquanto não existirem valores de referência que considerem idade, sexo, altura e peso.

COMENTÁRIO

Estas recomendações definem de forma simples os aspectos técnicos do TM6m, de forma a que a sua comparação intra-individual e entre estudos de eficácia de diversas intervenções seja possível, constituindo assim as normas que devemos utilizar.

Este teste, quer pela sua simplicidade e facilidade de realização, quer por permitir uma avaliação objectiva de sintomas (dispneia e fadiga) e da capacidade funcional para o exercício (distância, dessaturação de O₂) dos doentes com insuficiência respiratória moderadamente grave, pode fornecer informação clínica muito relevante, a par de outras avaliações.

Uma vez que o impacto da doença nas actividades diárias dos doentes é o aspecto primordial a considerar nas estratégias de tratamento, e a sua redução o objectivo principal, o TM6m pode ser considerado um parâmetro a determinar neste âmbito em todos os doentes com insuficiência respiratória.

Este teste permite não só uma melhor consciência e valorização da dimensão da doença e da necessidade da adesão do doente ao tratamento (evicção tabágica, medicação, oxigenoterapia e reabilitação) para melhorar a sobrevida e qualidade de vida, como a nós médicos um instrumento precioso para objectivar e monitorizar a evolução da doença e eficácia dos tratamentos que efectuamos.

PONTOS-CHAVE

- Normas para a realização do Teste de Marcha de 6 minutos.
- Teste a efectuar nos doentes com insuficiência respiratória moderada/grave.
- Comparação da eficácia dos tratamentos efectuados.
- Avaliação simples da capacidade funcional para o exercício e do impacto da doença nas actividades da vida diária.

João Cardoso, 02.09.10

Doença intersticial pulmonar em doentes com artrite reumatóide: comparação com a alveolite fibrosante criptogénica

Interstitial lung disease in patients with rheumatoid arthritis: a comparison with cryptogenic fibrosing alveolitis

BA RAJASEKARAN, D SHOULIN, P LORD, CA KELLY

Rheumatology 2001; 40: 1022-1025.

RESUMO

Os autores efectuaram um estudo prospectivo longitudinal com o objectivo de comparar a história natural da alveolite fibrosante criptogénica (AFC) com a doença do interstício pulmonar (DIP) relacionada com a artrite reumatóide (AR).