



## Conclusione

L'NHF è risultato non inferiore alla NIV per i tassi di intubazione endotracheale o decesso a 7 giorni, in tutti i gruppi di pazienti specificati, ad eccezione dei pazienti immunocompromessi con insufficienza respiratoria acuta.

### Editoriali

“I risultati sono stati interpretati al meglio e hanno indicato che l'avvio del trattamento con ossigeno ad alto flusso è generalmente non dannoso.”

“Questi risultati suggeriscono che l'ossigeno ad alto flusso può servire come una terapia ponte sicura durante la determinazione della causa sottostante dell'insufficienza respiratoria acuta e l'implementazione del supporto respiratorio definitivo più appropriato.”

JEAN-PIERRE FRAT



L'ossigeno ad alto flusso è lo standard per tutti i pazienti con insufficienza respiratoria acuta? JAMA. 10 dicembre 2024.

“Gli autori meritano un riconoscimento per l'ambito ambizioso e il disegno adattivo della sperimentazione che hanno consentito adattamenti in tempo reale al fine di migliorare la rilevanza e l'applicabilità.”

YONATHAN FREUND



Rivalutazione del supporto respiratorio nell'insufficienza respiratoria acuta - Informazioni dalla sperimentazione RENOVATE e implicazioni per la pratica. JAMA. 10 dicembre 2024.



## Pubblicazione

Sperimentazione clinica randomizzata RENOVATE JAMA. 2024

Confronto tra l'ossigeno ad alto flusso nasale e la ventilazione non invasiva nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta.

### OBIETTIVO

Per valutare se l'NHF è non inferiore alla NIV in relazione ai tassi di intubazione endotracheale o decesso a 7 giorni in 5 gruppi di pazienti con insufficienza respiratoria acuta.

### GRUPPI DI PAZIENTI

- Non immunocompromessi con ipossiemia
- Riacutizzazione della BPCO con acidosi respiratoria
  - Edema polmonare cardiogeno acuto
- Covid-19 con ipossiemia
- Immunocompromessi con ipossiemia

Abstract JAMA:



## Metodo

n = 1.766

PS | TI | REPARTO

33 ospedali in Brasile. Sperimentazione clinica randomizzata di non inferiorità adattiva Confronto tra NHF e NIV

Randomizzazione



### NHF

con flusso iniziale Airvo 2

Titolazione graduale a 60 L/min o la più alta tollerata

Riacutizzazione della BPCO: 30 L/min  
Tutti gli altri: 45 L/min

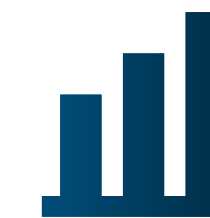
### NIV

IPAP: (max 20 cmH<sub>2</sub>O)  
Riacutizzazione della BPCO: 12 - 16 cmH<sub>2</sub>O  
Tutti gli altri: 12 - 14 cmH<sub>2</sub>O

EPAP: (max 12 cmH<sub>2</sub>O)  
Riacutizzazione della BPCO: 4 cmH<sub>2</sub>O  
Tutti gli altri: 8 cmH<sub>2</sub>O

Volume corrente: 6 - 9 mL/kg del peso corporeo ideale

IPAP: pressione positiva inspiratoria delle vie respiratorie; EPAP: pressione positiva espiratoria delle vie respiratorie; AECOPD: riacutizzazione della broncopneumopatia cronica ostruttiva.



## Risultati

### Intubazione o decesso entro 7 giorni

Risultato principale

n = 1.766	n	NHF 39%	NIV 38%	Rapporto di probabilità mediana adattato al modello (intervallo di credibilità 95%)	Migliore l'ossigeno per alto flusso nasale	Migliore la ventilazione non invasiva
Non immunocompromessi con ipossiemia	485	32,5%	33,1%	1,02 (0,81 - 1,26)	Non inferiore	Margine di non inferiorità
Riacutizzazione della BPCO con acidosi respiratoria	77	28,6%	26,2%	1,05 (0,79 - 1,36)	Non inferiore	
Edema polmonare cardiogeno acuto	272	10,3%	21,3%	0,97 (0,73 - 1,23)	Non inferiore	
Covid-19 con ipossiemia	882	51,3%	47,0%	1,13 (0,94 - 1,38)	Non inferiore	
Immunocompromessi con ipossiemia	50	57,1%	36,4%	1,07 (0,81 - 1,39)	Arruolamento terminato per motivi banali*	

Risultati secondari



Nessuna differenza in:

- Mortalità a 28 o 90 giorni
- Giorni senza necessità di TI o ventilazione

Risultati terziari



L'NHF è risultato superiore per:

- Comfort del paziente



Nessuna differenza in:

- Ricovero in ospedale e in TI entro 90 giorni
- Assenza di vasopressori entro 28 giorni
- Ordine di non intubare entro 7 giorni

\*Motivi banali: bassa potenza, improbabilità di rilevare un risultato statisticamente significativo.