

**INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PNEUMOFUNCIONAL EM
PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA, DOENÇA
PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) E PNEUMONIA**

BACTERIANA : UM RELATO DE CASO

Bruna Tuchtenhagen Vareira^I, Patrícia da Graça Silva de Souza^I, Mirele Ruff Trojanh^{II}

^I Acadêmicas do curso de Fisioterapia.

^{II} Professora/supervisora do curso de Fisioterapia.

Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, campus Cachoeira do Sul-RS

Resumo: Introdução: A DPOC é um estado de doença caracterizado por uma limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Metodologia: O presente estudo é do tipo caso descritivo, foi realizado com busca em obras da literatura e no sistema de bancos de dados na internet Scielo, Lilacs e Pubmed. Os atendimentos foram realizados no Hospital de Caridade e Beneficência-HCB, do município de Cachoeira do Sul, RS, durante as sextas-feiras no turno da manhã. Durante a disciplina de Fisioterapia Pneumofuncional II, que teve início no dia 14 do mês de setembro com o término dia 23 de novembro de 2018. Resultados: Ao final das técnicas foram achados: SVI: PA: 140x90mmhg; FR: 44irpm; FC: 95bpm; SpO₂: 93%; AP: sibilos menos audíveis e MV audível nos demais campos pulmonares. Conclusão: Por mais que aja na literatura casos com pacientes semelhantes ao desde relato, por se tratar de uma paciente idosa com deficiência visual e cirurgia contra indicada, a importância da fisioterapia respiratória foi demonstrada neste relato. Conclui-se que a fisioterapia respiratória foi essencial para manter a qualidade de vida da paciente e melhora do quadro.

Palavras chaves: DPOC; Fisioterapia respiratória; Pneumonia.

INTRODUÇÃO

A DPOC representa 4,8% dos óbitos por doenças respiratórias (WHO, 2001). No Brasil, estimam-se prevalências de 7,5 milhões (5 a 10%) de portadores de DPOC. O número de óbitos por DPOC variou em torno de 33.100 mortes anuais de 2000 a 2005 (DATASUS, 2008). A DPOC é um estado de doença caracterizado por uma limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Na tabela a baixo consta indicadores fundamentais para a consideração de um diagnóstico de DPOC:

Figura 1: Indicadores fundamentais para a consideração de um diagnóstico de DPOC	
• Tosse crônica:	Presente de modo intermitente ou todos os dias. Presente, com frequência, ao longo do dia; raramente é apenas noturna.
• Produção crônica de expectoração:	Qualquer forma de produção crônica de expectoração pode ser indicativa de DPOC.
• Bronquite aguda:	Episódios repetidos.
• Dispnéia que é:	Progressiva (agrava com o passar do tempo). Persistente (presente todos os dias). Pior com exercício. Pior durante infecções respiratórias.
• História de exposição aos fatores de risco:	Fumaça do tabaco (incluindo outras formas populares locais). Poeiras e produtos químicos ocupacionais. Fumaça proveniente da cozinha domiciliar e do gás de aquecimento.

A DPOC é geralmente uma doença progressiva. Espera-se que a função pulmonar se agrave com o passar do tempo, mesmo com o melhor tratamento disponível. Os sintomas e a função pulmonar devem ser monitorizados a fim de acompanhar o desenvolvimento de complicações, orientar o tratamento e facilitar a discussão sobre as opções de tratamento com os pacientes. Os sintomas incluem: Tosse; Produção de expectoração; Dispnéia ao esforço; Episódios de piora aguda desses sintomas ocorrem frequentemente. A DPOC pode ser caracterizada como bronquite crônica, e enfisema, sendo a última com diversas apresentações. A fumaça do tabaco é o fator de risco mais importante para a DPOC e a fumaça de cigarro. Um diagnóstico de DPOC deve ser levado em consideração em qualquer indivíduo que apresente sintomas característicos e uma história de exposição aos fatores de risco para a doença, especialmente à fumaça de cigarro. Pacientes com DPOC tipicamente demonstram uma diminuição no VEF1 e na relação VEF1/CVF. As metas de tratamento da DPOC incluem: Prevenir a progressão da doença; Aliviar os sintomas; Aumentar a tolerância aos exercícios; Melhorar a condição da saúde; Prevenir e tratar as complicações; Prevenir e tratar as exacerbações; Reduzir a mortalidade; Prevenir ou minimizar os efeitos colaterais provenientes do tratamento. Programa de condutas na DPOC: Avaliação e monitorização da doença; Redução dos fatores de risco; Conduta na DPOC estável; Conduta nas exacerbações. Os objetivos da reabilitação pulmonar são reduzir os sintomas, melhorar a qualidade de vida e aumentar a participação em atividades diárias. Pacientes em todos os estágios da doença se beneficiam dos programas de exercício físico, com aumento na tolerância aos mesmos, aos sintomas de dispnéia e de fadiga. Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. A pneumonia é uma doença inflamatória aguda causada por micro-organismos (vírus, bactérias ou fungos) ou pela inalação de produtos tóxicos que comprometem os espaços aéreos dos pulmões. A elaboração deste caso clínico

objetivou demonstrar técnicas de intervenção aplicadas em um atendimento de fisioterapia pneumofuncional em um paciente com Doença Respiratória Obstrutiva Crônica e Insuficiência Cardíaca Congestiva com intuito de promover debates e sugestões de tratamento em busca constante de conhecimento.

METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato de um caso realizado no Hospital de Caridade e Beneficência (HCB) durante as práticas da disciplina de Fisioterapia Pneumofuncional 2 da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), campus Cachoeira do Sul, de 09/10/2018 à 23/11/2018. Paciente S. B, 87 anos, sexo: M, natural de Potreirinho Posto de Cortados, Novos Cabrais-RS. Paciente internado na unidade 100, no leito 107B, PSF: SUS, data do atendimento: 05/10/18, hora do atendimento: 15:15h, médico responsável: Dr. Osmar Fernando Tesch. Diagnóstico clínico: insuficiência cardíaca congestiva; pneumonia bacteriana e DPOC. Queixa principal: “Muita falta de ar” e “Dor intensa no peito”. Histórico da doença atual: paciente internou no dia 23/09/18 vindo de Novos Cabrais com dispnéia devido a quadro de DPOC exacerbado e pneumonia bacteriana. Histórico da doença pregressa: paciente apresenta insuficiência cardíaca congestiva. Histórico familiar: (SIC do filho) Não soube relatar. Histórico social: reside com os filhos, nega etilismos, ex-tabagista pesado por 57 anos, parou de fumar á 15 anos. Atividade física: não pratica. Medicamentos: dipirona sódica, Metoelopramida, Halopelidol, Predsona, Omeprasol, Fósto de sódio monobásico e fosfato de sódio dibásico, e solução retal. Exame físico: Svi: PA; 130x80 mmhg, FR: 44 irpm, FC: 85bpm, SpO2: 87%. AP: Presença de sibilos em base E, Murmúrio Vesicular (MV) abolido em ápices e diminuído em base D. Inspeção: encontro paciente em DD no leito com cabeceira elevada, assimétrico, agitado, taquipnéico, pouco colaborativo com contenção no braço esquerdo e tala. Realizando soro intravenoso, presença de feridas em MsIs e braço esquerdo. Ulceras por pressão no calcanhar esquerdo. Palpação: edema de MsSs e MsIs. Dor a palpação superficial em toda região do tórax e abdômen. Testes específicos: escala de dispneia MRC: 4 em repouso; Escala de dor de EVA: 10 em repouso, escala de esforço de Borg 10 em repouso. Expansibilidade torácica manual reduzida. Laudo da avaliação postural: assimétrico no leito; não realiza trocas de decúbitos e não deambula. Incapaz de realizar teste *peak flow*. Exames complementares: RX de tórax: Sinais de DPOC, opacidade fibroatelectasia no lobo

superior esquerdo com retração pleuro parenquimatosa adjacente a bronquiectasias associadas, paredes brônquicas espessadas, lesão fibroatelectásicas no lobo superior direito. Aorta ateromatosa. Diagnóstico Fisioterapêutico: hipersecreção pulmonar; hiper-expansão pulmonar e hipoventilação pulmonar.

Objetivos: curto prazo	Longo prazo
1-Promover a desobstrução brônquica	1-Orientações ao paciente
2-Promover a desinsuflação pulmonar	2-Manter as vias aéreas p�rveas
3- Otimizar rela�o V/Q	3-Condicionamento
Condu�as: curto prazo	Longo prazo
1-AFE, vibrocompressão, tosse, Ruffing	1-Orientar o paciente sobre a importância da adesão ao tratamento
1- Ginga torácica, temp.	2-vibrocompressão, tosse, Ruffing
2- Direcionamento de fluxo, descompressão torácica abrupta localizada, posicionamento no leito, selo d'�gua.	3-Exercícios diafragmáticos, selo d'�gua.

DISCUSSÃO

Em 2009 Langer D et al. Descreve em seu guia de prática clínica em pacientes com DPOC diferentes métodos de interven o fisioterapêutica. Com objetivo geral de melhorar a higiene brônquica, reduzir a dispneia, melhorar a capacidade cardiorrespiratória e autocuidado e educa o do paciente. Para redu o da dispnéia assim como em nosso atendimento foi realizado DEEP I, para desobstru o tosse, huffing, vibrocompressão.. Em 2016 a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares EBSEH publicou um protocolo de procedimento operacional padrão ambulatorial descrevendo as técnicas AFE(acelera o do fluxo expiratório), técnica Expiratória Manual Passiva (TEMP), vibra o, vibrocompressão, mobilidade torácica (ginga) como sendo eficazes para a desobstru o pulmonar e desinsufla o comprovando o efeito das técnicas utilizadas.

RESULTADOS

Ao final das técnicas foram achados: SVI: PA: 140x90mmhg; FR: 44irpm; FC: 95bpm; SpO2: 93%; AP: sibilos menos audíveis e MV audível nos demais campos pulmonares.

Conclusão : Por mais que aja na literatura casos com pacientes semelhantes ao desde relato, por se tratar de uma paciente idosa com deficiência visual e cirurgia contra indicada, a importancia da fisioterapia respiratoria foi demonstrada neste relato. Conclui-se que a fisioterapia respiratória foi excencial para manter a qualidade de vida da paciente e melhora do quadro.

REFERENCIAS

GOLD. 2017. Disponível em: <https://pebmed.com.br/gold-atualiza-suas-diretrizes-para-o-manejo-da-doenca-pulmonar-obstrutiva-cronica-veja-o-que-mudou/>. Acesso em 25/11/18

GUIA DE BOLSO PARA O DIAGNÓSTICO.A CONDUCTA E PREVENÇÃO DA DPOC.

https://www.google.com.br/search?ei=wZwAXIqXMoWZwATI97bYBA&q=gUIA+D+E+BOLSO+SO+DPOC&oq=gUIA+DE+BOLSO+SO+DPOC&gs_l=psy-ab.3...3070.25059..25590...6.0..0.154.3450.0j29....2..0....1..gws-wiz.....0..0j0i13j0i22i30j0i67j0i131j0i22i10i30j33i22i29i30.q1zXAda7-Jc. Acesso em: 24/11/18

relatório mundial da saúde - World Health Organization, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf. Acesso em: 25/11/18.

Luis E. Rohde (2016-2017) e Salvador Rassi (2018-2019). Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. 2018. Acesso em: 26/11/18.

DATASUS, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 26/11/18.