Pôsteres Fisioterapia

Teatro Paiol

Influência Da Hipertensão Pulmonar No Tempo De VMI, Tempo De CEC E Tempo De PCT Após Cirurgia De Tromboendarterectomia Pulmonar.

Isis Begot, Rodolpho Patines Pereira, Hayanne Osiro Pauletti, Laion Rodrigo do Amaral Gonzaga, Katherine Sayuri Ogusuku, Roberta Pulcheri Ramos, Jaquelina Sonoe Ota Arakaki, Thatiana Peixoto, Walter José Gomes, Solange Guizilini.

Introdução: A cirurgia de tromboendarterectomia têm se estabelecido como método padrão de tratamento da hipertensão pulmonar nos casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) crônico. No entanto, a técnica cirúrgica proposta requer longos períodos de circulação extracorpórea (CEC) com parada circulatória total (PCT)..

Objetivo: Avaliar ecorrelacionar a hipertensão pulmonar com o tempo de ventilação mecânica invasiva (VMI), tempo de CEC e tempo de PCT em pacientes após cirurgia de tromboendarterectomia pulmonar.

Material e Métodos: Foi realizadono período de junho de 2013 a novembro de 2014, pacientes com idade variando entre 24 a 66 anos (média 43,33anos) e com diagnóstico de TEP crônico, foram submetidos à cirurgia de tromboendarterectomia pulmonar. No intraoperatório foi utilizado CEC com PCT e VMI. Todos os pacientes foram acompanhados até o dia da extubação.

Resultado: Não foram registrados óbitos no intraoperatório. A média de hipertensão pulmonar foi de 80 mmHg. O tempo médio de PCT foi de 59,08 minutos, o tempo médio de CEC foi de 165 minutos e o tempo de VMI médio foi de 8,41 dias. Houve correlação positiva entre hipertensão pulmonar e tempo de CEC (r= 69, p<0,001), hipertensão pulmonar e tempo de PCT (r=70, p<0,001) e hipertensão pulmonar e tempo de VMI (r=70, p<0,001).

Conclusão: Este estudo mostrou que quanto maior a hipertensão pulmonar, maior o tempo de CEC, maior o tempo de PCT e maior o tempo de VMI, no PO de tromboendarterectomia pulmonary.

Observações

P 02

Relato de caso: uso da ECMO em um paciente de pós-operatório de tromboendarterectomia pulmonar, com hipoxemia refratária.

Rodolpho Patines Pereira, Isis Begot, Patricia Forestieri, Thatiana Peixoto, Nelson Américo Hossne Junior, Walace de Souza Pimentel, Roberta Pulcheri Ramos, Jaquelina Sonoe Ota Arakaki, Walter José Gomes e Solange Guizilini.

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) crônico é a única forma de tratamento da hipertensão pulmonar potencialmente curável desde que seja indicado o tratamento cirúrgico. A Tromboendarterectomia pulmonar têm se estabelecido como método cirúrgico padrão, sendo realizada em circulação extracorpórea (CEC) e com parada circulatória total. Poucos estudos encontrados na literatura mostram que após a saída de CEC alguns pacientes desenvolvem alterações cardiorrespiratórias, indicando-se a instalação de membrana oxigenadora extracorpórea (ECMO) não restando outra opção terapêutica.

Objetivo: Avaliar os efeitos da reabilitação cardíaca baseada em exercício no pós-operatório de tromboendarterectomia pulmonar em uso de ECMO.

Material e Método: Paciente de 47 anos, sexo masculino com diagnóstico de TEP crônico desde 2010, apresentava dispnéia aos esforços moderados (classe funcional II/ New York Heart Asssociation). O ecocardiograma estimou a pressão sistólica de artéria pulmonar em 118 mmHg. Foi submetido a cirurgia de tromboendarterectomia pulmonar bilateral. Evolui de imediato com déficit importante de troca gasosa em decorrência do edema de reperfusão. No 3º PO paciente desenvolve hipoxemia severa com pressão parcial de oxigênio (PaO2) de 46 mmHg, sendo necessário a instalação da ECMO (canulação veno-vonsa). Sua evolução foi satisfatória melhorando a troca gasosa, após 4 dias foi possível o desmame e a retirada da máquina onde se manteve apenas em ventilação mecânica invasiva (VMI), com PaO2: 115,2 mmHg. Durante a internação o paciente realizou reabilitação, submetido à duas sessões diárias de fisioterapia cardiorrespiratória, onde no 31º PO foi retirado da VMI. Ao longo da internação, o paciente evolui sem necessidade de oxigênio, deambulação sem auxílio, boa funcionalidade, melhora do quadro clínico e sintomática e recebe alta hospitalar no 56º PO.

Resultados: O uso da ECMO no pós-operatório de tromboendarterectomia pulmonar proporcionou a recuperação cardiopulmonar e a melhora da hipoxemia, da troca gasosa e da capacidade funcional.

Conclusão: Conclui-se com este caso que o uso da ECMO submetido a tromboendarterectomia pulmonar, reverteu o quadro de hipoxemia tendo atuado como terapia de resgate evitando um pior prognóstico proporcionando um desfecho clínico favorável

Observações

Efeitos de um protocolo de reabilitação cardíaca não supervisionado no endurance e força muscular ventilatória em pacientes após Infarto Agudo do Miocárdio de baixo risco cardiovascular.

Rocco, IS; Garcia, BCM; Maiorano, LD; Rodrigues, TCS; Begot, I; Moreira, RSL; Carvalho, AC; Guizilini, S

Introdução: Com avanço das tecnologias, o tempo de internação hospitalar após infarto agudo do miocárdio (IAM) tem sido reduzido de 4 a 6 dias após evento, dificultando estratégias educadoras e programas formais de reabilitação. Algumas modalidades alternativas têm sido empregadas, especialmente para pacientes que necessitam de menor supervisão, com dificuldade de acesso e com menor déficit após evento agudo. Protocolos de reabilitação cardiovascular não supervisionados têm sido considerados em pacientes já reabilitados ou com menor risco cardiovascular para eventos durante exercício.

Objetivo: Avaliar os efeitos de um protocolo de reabilitação cardíaca não supervisionado no endurance e força muscular ventilatória, em pacientes após IAM de baixo risco.

Material e Métodos: No período entre o 3° e 5° dias após IAM, foram recrutados 24 pacientes classificados como baixo risco cardiovascular. Os pacientes foram randomizados em dois grupos: Grupo Controle e Grupo Intervenção e submetidos ao teste de força muscular respiratório utilizando o manovacuômetro para determinação da pressão inspiratória máxima (PIMáx), de acordo com o protocolo da ATS. A avaliação da endurance ventilatória foi realizada através de um resistor de carga linear (PowerBreath). O teste forneceu duas variáveis, o PTHmax e Tlim determinadas pela percentagem da PIMáx e o tempo suportado pelo paciente no aparelho. Todos os pacientes receberam orientações sobre a importância do exercício físico, sendo também acompanhados por uma equipe multiprofissional no período da alta e 15 dias após evento. Os pacientes do Grupo Controle foram orientados a realizar atividades físicas regularmente, de acordo com a sua tolerancia (Borg). Já o Grupo Intervenção recebeu um protocolo incentivador para realização de caminhadas progressivas pelo menos 4 vezes na semana, com duração inicial de 20 mim, progredindo 5 min a cada semana acompanhadas de ligações semanais dos terapeutas para manutenção das atividades. Ao final de 60 dias após o IAM, os pacientes foram novamente avaliados quanto a força e endurance ventilatórios.

Resultados: A pressão inspiratória máxima aumentou no grupo intervenção comparado ao grupo controle após 15 dias da alta hospitalar (75 vs 88; 84,92 vs 73,68; $p<0,05$), mantendo-se a mesma após 60 dias. Nas variáveis de endurance, houve melhora apenas do PTHMáx no grupo intervenção após 15 dias comparado com o grupo controle (43,09 vs 47,95; 47,14 vs 46,6; $p<0,05$).

Conclusão: Pacientes após IAM com baixo risco cardiovascular se beneficiam de reabilitação cardíaca não supervisionada a curto prazo apresentando melhora significativa de força muscular inspiratória (PIMáx) e PTHMáx.

Observações

P 04

Estratificação de risco de óbito intra-hospitalar para pacientes com síndrome coronariana aguda: comparação entre os escores TIMI e GRACE.

Daniel Sobral Teixeira, Adriano Lisboa Campos, Alexandre Fenley, João Carlos Moreno Azevedo, Edson Carvalho, Michel Silva Reis.

Introdução: O infarto agudo do miocárdio (IAM) é um dos principais problemas de saúde pública no mundo, e no Brasil estima-se que existam entre 300 a 400 mil casos por ano. O escore TIMI (thrombolysis in myocardial infarction) desenvolvido por Morrow e colaboradores no ano de 2000 e trata-se de um método simples, de baixo custo, facilmente aplicado a beira do leito para a estratificação de risco para óbitos ou eventos cardíacos de pacientes com IAM. Posteriormente foi desenvolvido o escore GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) por Eagle e colaboradores em 2004, considerado mais complexo por ultilizar mais variáveis em seu escore..

Objetivo: Verificar e comparar a extratificação de risco para óbito intra-hospitalar de pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) com os escores TIMI e GRACE.

Material e Método: Trata-se de um estudo retrospectivo, o qual consistiu na análise de prontuários eletrônicos de pacientes oriundos da Unidade Coronariana do Serviço de Cardiologia do de um hospital universitário no Rio de Janeiro, admitidos no período entre Janeiro de 2012 e dezembro de 2013. Foram selecionados 119 pacientes com diagnóstico de SCA, dividido em dois grupos: a) 68 pacientes com diagnóstico de IAM com supradesnivelamento do seguimento ST (SSST) com idade média de 60,54±11,39; b) 51 pacientes com diagnóstico de IAM sem SSST, de ambos os sexos com idade média de 59,76 ± 9,03. Foram coletados dados da admissão até 48 horas de evolução intrahospitalar. Para a determinação dos escores foram considerados dados referentes a história da doença atual, exame clínico e apresentação do quadro patológico, como definido pela literatura de referência. Foi utilizado o teste-t para dados não paramétricos para comparação da percentagem de risco para óbito referentes aos escores.

Resultados: A comparação das percentagens de risco para óbito intrahospitalar mostrou diferença estatística entre os escores no grupo IAM com SSST (TIMI: 3,3%, GRACE: 2,6% - p = 0,002) e no grupo IAM sem SSST (TIMI: 13%, GRACE: 0,8% - p = 0,001). A taxa de óbito foi de 1,6% com apenas 2 óbitos no grupo IAM CSST.

Conclusão: Ambos os escores mostraram-se eficientes na estratificação de risco de óbitos de pacientes com síndrome coronariana aguda. O escore GRACE obteve a menor mediana para risco de óbito em ambos os grupos, demonstrando maior concordância com os desfechos encontrados (1,6% de óbito intra-hospitalar)

Observações

Aplicação Do Índice Integrativo De Desmame (Iwi) Em Pacientes Submetidos À Cirurgia Cardíaca.

Daniel Lago Borges, Mayara Gabrielle Barbosa e Silva, Marina de Albuquerque Gonçalves Costa, Thiago Eduardo Pereira Baldez, Felipe André Silva Sousa, Luan Nascimento da Silva, Rafaella Lima Oliveira, Teresa de Fátima Ramos Ferreira, Júlio César Macêdo Dutra Júnior, Thiciane Meneses da Silva,

Introdução: Os índices preditivos de desmame da ventilação mecânica objetivam estabelecer um prognóstico para esse processo e diversos destes têm sido elaborados, porém com aplicabilidade ainda controversa ou desconhecida em algumas condições clínicas.

Objetivo: Verificar a aplicabilidade do índice integrativo de desmame (IWI) como preditor de sucesso na descontinuação da ventilação mecânica em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca.

Material e Métodos: Estudo prospectivo, descritivo, realizado com 53 pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca eletiva no período de julho a outubro de 2014 no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Em todos os pacientes foi avaliado o IWI (complacência estática × saturação arterial de oxigênio/relação frequência respiratória/volume corrente), considerando-se valores acima de 25 ml/cmH2O/ciclos/min/L como indicativo de sucesso no desmame e extubação. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob parecer nº 785.917.

Resultado: Os dados clínicos, cirúrgicos e as variáveis respiratórias da amostra estão apresentados na Tabela 1. Todos os pacientes estudados apresentaram IWI acima de 25 ml/cmH2O/ciclos/min/L (média 102,4 ± 80,1), havendo 100% de sucesso do desmame e de extubação na amostra, com sensibilidade de 100% e especificidade de 50%

Conclusão: O IWI apresentou adequada predição de sucesso de extubação nesta amostra de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca eletiva.

Observações

P 06

Utilização de equipamentos de ventilação não invasiva na traqueostomia: uma estratégia para alta da unidade coronariana.

Valeria Papa, Daniela Caetano Costa, Itana Brondi Crivelenti de Oliveira Barbieri, Debora Spechoto Basso, Eduardo Elias Vieira de Carvalho, Simone Cristina Menoschi, Patricia Bellini Arantes Machado, Fabiana Gaspar, Simone Assis Miranda, Adriana de Sales Rodrigues, Brunno Oliveira Silva, Karina Stefania Marques de Oliveira, Susana Lacerda Terassi, Marcela Roberta Amaro.

Introdução: O acometimento do sistema cardiovascular com evolução para insuficiência respiratória aguda é comum nas unidades coronarianas (UCO).O uso da ventilação mecânica invasiva (VMI) é imprescindível em muitos casos. A dependência prolongada da VMI impõe um caráter de cronicidade e a traqueostomia torna-se uma alternativa na promoção e facilitação do desmame ventilatório.

Objetivo: Relatar a experiência do serviço de fisioterapia no acompanhamento de pacientes considerados desmame prolongado, traqueostomizados e ventilados mecanicamente através do suporte ventilatório Bilevel.

Material e Métodos: De julho/2006 a julho/2014 foram acompanhados 29 pacientes (idade média 74 ± 10,9 anos; APACHE II médio 26,03) internados em UCO com diagnóstico cardiovascular, submetidos à VMI que não atingiram sucesso no desmame, evoluindo com traqueostomia. Após período de adaptação e quadro estável, foram encaminhados para enfermaria usando suporte ventilatório bilevel. Os pacientes receberam fisioterapia motora e respiratória 2 vezes por dia, além dos ajustes da prótese ventilatória.

Resultado: Dos 29 pacientes, 15 (51,7%) evoluíram com desmame do suporte ventilatório (tempo médio de 23 ± 21 dias) com 5 (17,2%) decanulações da traqueostomia, sendo que os 15 (51,7%) foram de alta hospitalar e 14 (48,3%) a óbito, com tempo médio de internação 52,3 ± 26,9 dias.

Conclusão: Com o acompanhamento desses pacientes pela fisioterapia e equipe multidisciplinar foi possível observar a diminuição do tempo de internação em UCO, desmame ventilatório de difícil desmame e decanulações seguras. A utilização desses ventiladores conectados à traqueostomia pode ser uma alternativa para a descontinuação da ventilação e alta da UCO em pacientes traqueostomizados com desmame ventilatório prolongado.

Observações

Fisioterapeuta em unidade de terapia intensiva em cardiopediatria.

Michele Galatti Secolo.

Introdução: Intervenções precoces das cardiopatias congênitas evitam substancialmente internações sequenciadas por complicações da doença, proporcionando melhor qualidade de vida. É recente no Brasil o trabalho de fisioterapeutas nos cuidados intensivos pediátricos e neonatais, é de sua competência a avaliação e prevenção cinético funcional, tratamento concomitante à equipe multiprofissional no controle e aplicação de técnicas e procedimentos. Difícil analisar as práticas assistenciais fisioterapêuticas e as responsabilidades assumidas por esse profissional sem caracterizar as condições da fisioterapia nas UTIs brasileiras.

Objetivo: Objetiva correlacionar a importância do atendimento fisioterapêutico no pós-operatório de cardiopatias congênitas e a necessidade do atendimento no período das 24h, confrontando as necessidades e os fatores que ainda impedem esta realidade em todo o país de maneira padronizada.

Material e Métodos: Utilizou-se as bases de dados: LILACS,MEDLINE,SCIELO,Portal da CAPES,PubMed e Bireme.Os descritores foram cardiopatia congênita,fisioterapia respiratória em cardiopatia,cirurgia cardíaca pediátrica,complicações ventilatórias em cardiopediatria.

Resultado: Os gastos até as primeiras 48h de pós-operatório chegam a 80% do total do custeio.Alternativas tem sido buscada por prestadores de serviços.A fisioterapia intensiva contribui para a redução de custos financeiros ocasionados pela internação prolongada.O fisioterapeuta atua no conceito de atendimento de via rápida em CC,o que contribui para a recuperação do paciente,e reduções de custeio hospitalar.

Conclusão: O trabalho visa contribuir para a redução os custos de hospitalização em PO CC em crianças,discute melhora na atenção fisioterapêutica no atendimento humanizado.É necessário a atuação do profissional de fisioterapia nas 24h do serviço,colaborando para a redução dos índices de complicações comuns nestes pós-operatórios.Questiona-se o porque da não atuação dos profissionais,uma vez que os resultados de efetividade são comprovados.

Observações