

Paciente hemiparética por AVE, Broncopneumonia e Atelectasia do Lobo Inferior Esquerdo

Autor: GROISMAN, Sandro.



RTA

Método Reequilíbrio Tóraco-abdominal

Paciente sexo feminino 63 anos, AVE (acidente vascular encefálico), hemiparética à esquerda, apresentava afasia de expressão. Internou com diagnóstico de broncopneumonia, apresentava pico febril há 4 dias sempre por volta das 18:00 h, tosse pouco produtiva, sem expectoração, hemograma infeccioso.



Ao exame apresentava respiração com moderado esforço ventilatório, deficit da fase 2 do movimento do diafragma, abdomen flácido. Observei importante distorção torácica com desvio para a direita e além disso apresentava retração subcostal bilateral mais acentuada à esquerda.

A ausculta pulmonar apresentava sons respiratórios diminuídos difusamente mais evidentes em base pulmonar esquerda com crepitações inspiratórias não modificáveis com a tosse. Foi feito RX de tórax no momento da internação, o qual apresentava áreas de opacidade no terço inferior do pulmão esquerdo compatível com área de atelectasia. No mesmo dia foi solicitado tratamento fisioterapêutico.

Baseado no quadro clínico e funcional, iniciei atendimento fisioterapêutico colocando a paciente em DLD sobre pequeno rolo feito de lençol. Apliquei a técnica de ajuda inspiratória e abertura do espaço ileo-costal à esquerda. Nesta mesma postura foi feito alongamento da lombar com descolamento e tração da fásia tóraco lombar, os mesmos descolamentos foram feitos na região lateral do tórax sobre a retração costal inferior.

Continuei o atendimento colocando a paciente em DD com cabeceira elevada a 45°, e fiz transferência ventilatória com ajuda inspiratória à esquerda. Observei melhora da retração subcostal e finalizei o tratamento com apoio tóraco-abdominal, objetivando o aumento da pressão abdominal e estímulo da fase II. No mesmo

dia à tarde foi realizado o segundo atendimento, quando repeti as técnicas anteriormente citadas e acrescentei manuseios com a paciente sentada na beira do leito. Nesta posição ela apresentava uma queda costal bastante acentuada para a esquerda, desta forma trabalhei com desequilíbrios, transferência ventilatória, alongamento posterior pela coluna com redirecionamento costal corrigindo a flexão do tronco.

No dia seguinte foi realizado atendimento pela manhã e à tarde, a melhora da ausculta pulmonar ficou evidente.

A paciente demonstrava uma melhora da retração subcostal esquerda e durante o atendimento respondia de forma mais eficaz aos apoios abdominais.



Fiz um atendimento semelhante ao descrito anteriormente, acrescentando alongamentos dos músculos acessórios da inspiração, abertura da cintura escapular e na postura sentada com apoio dos membros superiores trabalhei a estabilidade da cintura escapular. Era solicitado para a paciente que tossisse sempre quando eu observava aumento dos roncospiratórios e, durante a tosse, os pontos de fuga da pressão expiratória eram contidos.

Como os roncospiratórios e crepitações modificavam-se com a tosse, não foi necessária aspiração nasotraqueal. No terceiro dia a paciente foi atendida pela manhã, no final do atendimento havia murmúrio vesicular presente na base esquerda e observamos uma melhora da fase I e II. No final da manhã do terceiro dia de atendimento foi repetido o RX de tórax que demonstrou importante reabertura dos espaços antes colapsados. A paciente ficou internada por mais 5 dias quando a ênfase no atendimento fisioterapêutico foi para a estabilização da cintura escapular e desbloqueio torácico.