

Paciente RT, sexo masculino, 65 anos, portador de CA renal com metástases ósseas e pulmonares

Autor: ULTRA, Rogério.

Paciente RT, sexo masculino, 65 anos, portador de CA renal com metástases ósseas e pulmonares. Acamado em domicílio e aproximadamente um ano, fazendo uso de drogas que deprimem o sistema nervoso central. Foi internado na unidade de terapia intensiva com quadro de infecção respiratória, apresentando radiografia de tórax com imagem de macroatelectasia (infiltrado difuso e local com perda de volume).

Foi solicitada a intervenção fisioterapêutica realizou a avaliação, obtendo os seguintes dados:



Paciente torporoso, emagrecido, acianótico, PA: 100/66mmHg, FC: 93bpm, satO2: 95%, discreta taquipnéia, com esforço respiratório discreto. Ausculta pulmonar: MV diminuídos em bases se AHT + roncos difusos em AHT.

Foram propostas os seguintes objetivos em curto prazo:

- Higienização brônquica;
- Reexpansão pulmonar.

Iniciou-se então fisioterapia com condutas específicas para o caso:

- CPAP;
- Compressão torácica;
- Drenagem postural ;

Complementaram-se com aspiração das vias aéreas superiores.

Notou-se que apesar das condutas, não houve modificação na ausculta pulmonar, assim como na saturação de O₂, ainda houve queda da PA, justificado pelo uso da VNI. A radiografia continuou com o mesmo padrão.

Realizamos então, após 1 hora, uma avaliação baseada em RTA (Reequilíbrio Toraco-abdominal), que é uma técnica de fisioterapia que visa incentivar a ventilação pulmonar e promover a higienização brônquica através da reorganização de sinergismo muscular respiratório (Mariangela Pinheiro Lima).



RTA

Método Reequilíbrio Tóraco-abdominal

Observamos pela nova avaliação:

- Uma distorção torácica supra esternal paralela a linha mamária durante a inspiração;
- Aumento do diâmetro antero-posterior do tórax;
- Encurtamento de peitorais, ECOM e escalenos, elevando o tórax, encurtando o pescoço e mantendo os membros superiores rodados internamente;
- Flacidez abdominal importante;
- Diminuição do espaço ílio costal;
- Discreto aumento do ângulo de Louis;
- Desvio da linha da traquéia para esquerda.



Após essa avaliação observamos um déficit da tosse na fase expulsiva, não só por queda da PEMÁX, mas por queda da complacência dinâmica.

Baseado no quadro funcional foi iniciado o atendimento com o paciente em decúbito dorsal (dd), aplicando apoio abdominal inferior, onde observamos a entrada da fase dois do diafragma, combinando a este manuseio o apoio toraco-abdominal. Posicionamos rolos para apoio no espaço ílio costal. Foi colocado em decúbito lateral direito (dld), onde realizamos uma tração de fásia toraco-lombar e alongamento de peitorais (o lado esquerdo encontrava-se mais encurtado). A ginga torácica foi realizada em dd, neste momento o paciente apresentou acesso de tosse, que melhorou com apoio torácico, necessitou de nova aspiração das vias aéreas, que retirou grande quantidade de secreção espessa esverdeada.

Após este momento o paciente apresentou melhora da saturação de O₂, melhora da expansibilidade torácica (fase2) e ausculta pulmonar. Solicitamos nova radiografia de tórax. Ainda foi observado melhora na distorção torácica e reorganização motora global. Logo após a fisioterapia paciente foi colocado sentado fora do leito e manteve parâmetros.