

Asma severa, infecção respiratória e cirurgia abdominal

Autores: GROISMAN, Sandro; BERBERIAN, Carolina.



Método Reequilíbrio Tóraco-abdominal

O método Reequilíbrio Tóraco-Abdominal tem sido cada vez aplicado com sucesso nas Unidades de Terapia Intensiva. Você vai encontrar abaixo o relato da experiência de dois fisioterapeutas que elegeram o RTA como método de escolha na Unidade de Terapia Intensiva de adultos do Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre.

A maioria dos pacientes internados em UTI encontram-se em ventilação mecânica com o objetivo de diminuir ou abolir o trabalho respiratório que está aumentado por descompensação de patologias obstrutivas ou restritivas.

Nos modos ventilatórios onde temos o controle total da ventilação através de pressão positiva, ocorre uma inversão da mecânica ventilatória com aumento da pressão na fase inspiratória. O diafragma é encurtado passivamente, assim como os outros músculos inspiratórios.

Na fase do desmame do paciente, o RTA possibilita uma abordagem muscular através da qual podemos gradativamente diminuir o auxílio dado pelo respirador em função das respostas alcançadas com a estimulação proprioceptiva do diafragma proposta pelo método.

Primeiramente procuramos melhorar a qualidade do tônus abdominal, assim como oferecer apoios abdominais e ajuda inspiratória.

O posicionamento no leito é de suma importância: podemos melhorar as possibilidades mecânicas do diafragma a medida que diminuimos a hiperlordose lombar encontrada na maioria destes doentes.

O manuseio seletivo e qualitativo do tórax nessa fase, facilita o direcionamento da ventilação. Sabendo que o ar se direciona para áreas de maior complacência e menor resistência, podemos realizar a transferência ventilatória com o objetivo de deslocar secreção e reexpandir atelectasias. Esta transferência é feita com auxílio inspiratório no hemitórax que queremos ventilar e restrição no outro lado.

Rotineiramente no nosso serviço, antes do desmame da ventilação, realizamos um atendimento com o objetivo de aumentar a permeabilidade da via aérea, logo após manuseio do tórax para ganho de mobilidade torácica e diafragmática. O manuseio de RTA é orientado por dados qualitativos e quantitativos como SAO₂, VAC, FR, padrão ventilatório, presença de distorções torácicas e

sensação de dispnéia do paciente com monitorização do esforço respiratório.

Algumas vezes o atendimento é realizado diversas vezes durante um turno e um exemplo disto foi o que ocorreu com o Sr. Lineu, paciente com Asma severa associada a uma infecção respiratória e cirurgia abdominal, com vários episódios de reintubação por aumento do trabalho respiratório e fadiga diafragmática visualizada por um evidente padrão respiratório paradoxal e intensa distorção torácica subcostal. Em 06/07, após terceira tentativa de extubação, o paciente apresentou severa crise de broncoespasmo. O aumento do trabalho respiratório evidenciou-se pelo padrão respiratório assíncronico e importante distorção torácica subcostal, apresentando abdome distendido e hiperlordose lombar, referia intensa falta de ar e na ausculta o murmúrio se encontrava abolido no pulmão esquerdo.

Nossa primeira medida foi instituir uma ventilação não invasiva, que num primeiro momento, provocou pânico no paciente e aumentou muito a distorção torácica. Retiramos a máscara e iniciamos o manuseio de RTA com apoio abdominal e ajuda inspiratória nas costelas inferiores. O paciente já tinha recebido doses maciças de broncodilatador, o que aumentou muito a frequência cardíaca que estava em torno de 160bpm. Ele não podia receber mais broncodilatador e tínhamos que evitar a reintubação. Aos poucos, a frequência respiratória que era de 48-50mrpm foi diminuindo para 35-38mrpm. Em alguns ciclos respiratórios, auxiliávamos a expiração, sempre mantendo o apoio diafragmático. Em pouco tempo conseguimos adaptar a máscara de CPAP, colocamos um rolo de cada lado do abdome (para servir como apoio no espaço íleo-costal), mais um apoio para fletir os Msls e diminuir a lordose lombar, o que melhorou o padrão ventilatório do paciente.

Ele estava apavorado e pedia o tempo todo para que não saíssemos do seu lado porque só conseguia respirar com nossa ajuda. No final desta mesma manhã, após ter melhorado o broncoespasmo, retiramos a máscara de CPAP intensificando o auxílio respiratório com RTA.

O paciente não foi entubado e, sem dúvida, foi o nosso trabalho que evitou a reintubação porque em todas as vezes que ele foi entubado, antes se tentou um suporte ventilatório não invasivo. O diferencial desta vez foi o RTA e isto nos dá uma responsabilidade muito grande. Antes de eu conhecer o método, não teria o que fazer: nós sempre tirávamos o “time de campo” e entrava em

cena um tubo associado à ventilação mecânica. Agora, algumas vezes nós conseguimos e isto, de certa forma, nos deixa muito preocupados. Estamos aqui escrevendo este relato e continuamos muito preocupados com o Sr. Lineu. Antes, se ele fosse reintubado, não seria nossa responsabilidade e isto era aceito por todos, agora pode

ser nossa a responsabilidade e ao mesmo tempo que é muito bom é muito difícil ouvir: “fiquem aqui, pois eu só consigo respirar com vocês me ajudando.” Quando fizemos o curso RTA, a Mariangela não avisou que teríamos essa responsabilidade, mas ficou implícito e este foi um dos maiores aprendizados que tivemos.