

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

GABRIELLE COELHO CAMPOS
ROBERTA FRACALOSSI COUTINHO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DO PERFIL DOS PACIENTES COM
PNEUMONIA ASPIRATIVA INTERNADOS NO HOSPITAL DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**

VITÓRIA
2005

GABRIELLE COELHO CAMPOS
ROBERTA FRACALOSSO COUTINHO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DO PERFIL DOS PACIENTES COM
PNEUMONIA ASPIRATIVA INTERNADOS NO HOSPITAL DA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**

Projeto de Monografia apresentado à
Escola Superior de Ciências da Santa
Casa de misericórdia de Vitória –
EMESCAM, como exigência para
obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Orientadora: Andressa de Oliveira

AND

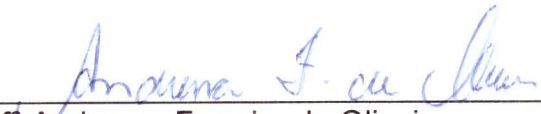
VITÓRIA
2005

GABRIELLE COELHO CAMPOS
ROBERTA FRACALOSSO COUITINHO

**ESTUDO RETROSPECTIVO DO PERFIL DOS PACIENTES
INTERNADOS NO HOSPITAL DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA**

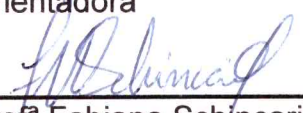
Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção de graduação
no curso de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia – EMESCAM.

COMISSÃO EXAMINADORA

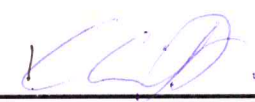


Profª Andressa Ferreira de Oliveira
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM

Orientadora



Profª Fabiana Schincariol
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM



Profª Cristiane Torres
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória - EMESCAM

Vitória, 02 de dezembro de 2005.

RESUMO

As pneumonias por aspiração são mais freqüentes do que se pode imaginar. São pneumonias conseqüentes à entrada anormal de secreções endógenas ou substâncias exógenas no pulmão. Sua conceituação não é fácil, uma vez que, atendendo-se ao critério patogênico, quase todas as pneumonias são aspirativas; o mecanismo é o mesmo; o que varia é a natureza do agente aspirado, microbiano ou não. Geralmente, sua causa é a supressão ou a redução do reflexo da tosse, permitindo a passagem através do esôfago de conteúdo gástrico para traquéia e brônquios. Esse estudo teve como objetivo verificar a freqüência com que ocorre a pneumonia aspirativa nos pacientes do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, traçar seu perfil, e verificar a influência das técnicas fisioterapêuticas nesses casos. Através de um estudo retrospectivo, foram analisados 87 prontuários, no período de julho de 2004 a dezembro 2004. Deste total apenas 15 prontuários atendiam ao nosso objeto de estudo. Dos 87 prontuários analisados, apenas 15 apresentaram o quadro de pneumonia aspirativa, e verificou-se que 9 (60%) pacientes eram do sexo masculino, enquanto que 6 (40%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 80 anos, sendo que 6 (40%) eram não-fumantes, 4 (26,66%) fumantes e 5 (33,33%) ex-fumantes. Foi identificada a presença de doenças associadas nos 15 pacientes, sendo que 12 (80%) pacientes apresentaram AVE e 3 (20%) a doença de Alzheimer. As queixas principais mais encontradas foram tosse com expectoração (80%), febre (73,33%), astenia (33,33%), dispnéia (20%), e vômitos (13,33%). Do total de pacientes, apenas 4(26,66%) realizaram cirurgia, sendo que 2 (13,33%) fizeram cirurgia de gastrostomia e 2(13,33%) para hiperplasia prostática benigna. Verificou-se a presença de sonda nasogástrica em 10 (66,66%) dos pacientes, com uma média de tempo de uso de 14 dias. Em relação à ausculta pulmonar os 15 (100%) pacientes apresentavam ausculta alterada no 1º dia de internação, e já no último dia 11 (73,33%) pacientes apresentavam ausculta normal e 4 (26,66%) ainda mantinha-se alterada. Quanto à realização da fisioterapia, 26,66% (4/15) dos pacientes internados receberam atendimento fisioterapêutico e o tempo médio de

tratamento foi de 13 sessões. Dentre as técnicas fisioterapêuticas, as mais usadas foram a de Higiene Brônquica (26,66%), o estímulo à tosse (20%) e a reexpansão pulmonar (13,33%). Quanto ao tempo total de internação a média foi de 14,26 dias, sendo que 4 (26,66%) dos pacientes foram a óbito. Apesar do número reduzido de casos, concluímos que a pneumonia aspirativa é freqüente e que quando constatada, foi unânime nos casos de AVE e em pacientes idosos com queixa principal de tosse com expectoração, seguido de febre. Constatou-se que a presença do uso da sonda nasogástrica foi significativo durante a evolução dos pacientes, com intuito de evitar uma pneumonia aspirativa reincidente, já que a maioria dos pacientes apresentavam déficit de deglutição, e que a fisioterapia, embora restrita a um pequeno número de pacientes que tiveram atendimento mostrou-se eficiente na melhora do quadro da doença, pois todos os pacientes que foram atendidos estavam com ausculta pulmonar alterada na internação, e na alta hospitalar a mesma estava normalizada, e dentre esses pacientes nenhum foi a óbito.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Sexo e Idade	19
Tabela 2- Uso de Tabaco	19
Tabela 3- Queixa Principal	20
Tabela 4- Doenças Associadas.....	22
Tabela 5- Realização de Cirurgia	23
Tabela 6- Uso de Sonda Nasogástrica.....	23
Tabela 7- Resultado da Ausculta Pulmonar	24
Tabela 8- Sinais Respiratórios na Internação	25
Tabela 9- Exames Realizados	26
Tabela 10- Uso Antibióticos	27
Tabela 11- Atendimento Fisioterapêutico.....	27
Tabela 12- Oxigenioterapia	28
Tabela 13- Desfecho dos casos	28
Tabela 14- Tempo de Internação	29

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Uso de Tabaco	20
Gráfico 2- Queixa Principal	21
Gráfico 3- Doenças Associadas	22
Gráfico 4- Resultado da Ausculta Pulmonar	24
Gráfico 5- Sintomas Respiratórios na Internação.....	25
Gráfico 6- Exames Realizados	26

SÚMARIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	09
1.1.1 Pneumonia	09
1.1.1.1 Classificação da Pneumonia	10
1.1.1.2 Pneumonia por Aspiração	10
1.1.2 A Fisioterapia Respiratória.....	12
1.1.2.1 Técnicas Fisioterapêuticas Utilizadas na Pneumonia Aspirativa.....	12
1.1.2.1.1 Respiração diafragmática.....	12
1.1.2.1.2 Respiração Freno Labial	13
1.1.2.1.3 Incentivo à Tosse	13
1.1.2.1.4 Aspiração	13
1.1.2.1.5 Drenagem Postural	14
1.1.2.1.6 Percussão(Tapotagem).....	14
1.1.2.1.7 Vibração Manual	14
1.2 JUSTIFICATIVA	15
1.3 OBJETIVOS	15
1.3.1 Objetivo Geral.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
2 MATERIAIS E MÉTODOS	16
2.1 TIPO DE ESTUDO	16

2.2 LOCAL	16
2.3 PARTICIPANTES.....	16
2.3.1 Critérios de Inclusão.....	16
2.3.2 Critérios de Exclusão.....	16
2.3.3 Amostragem	17
2.4 DESFECHO CLÍNICO.....	17
2.5 MÉTODO ESTATÍSTICO	17
 3 RESULTADOS.....	 18
 3.1 RESULTADOS GERAIS	 18
3.1.1 Sexo.....	18
3.1.2 Idade.....	18
3.1.3 Tabagismo	19
3.1.4 Queixa Principal	20
3.1.5 Doença Associada	21
3.1.6 Cirurgia	22
3.1.7 Uso de sonda Nasogástrica	23
3.1.8 Ausculta Pulmonar.....	23
3.1.9 Sintomas respiratórios na Internação	24
3.1.10 Exames Complementares.....	25
3.1.11 Uso de Antibióticos.....	26
3.1.12 Atendimento Fisioterapêutico.....	27
3.1.13 N° de sessões Fisioterapia.....	27
3.1.14 Técnicas Fisioterapêuticas Realizadas	27

3.1.15 Oxigenioterapia	28
3.1.16 Óbito	28
3.1.17 Tempo Total de Internação	28
4 DISCUSSÃO	30
5 CONCLUSÃO	32
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1.1 Pneumonia

Durante muitos anos, até a década de 1930, predominava a noção de que o termo “pneumonia” deveria ser reservado para indicar um quadro clínico clássico, típico, com síndrome de condensação aos exames físicos e radiológicos e evolução clínica. O principal agente conhecido destes quadros era o *Diplococcus pneumoniae* (BETHLEM,1984).

Dingle e Finland, em 1942, denominaram pneumonia atípica primária ao grupo de pneumonias, “não bacterianas” ,que fugiam as características clínicas e radiológicas das formas clássicas (BETHLEM,1984).

O termo pneumonia significava, quase sempre, processo inflamatório agudo de um lobo pulmonar provocado pelo pneumococo - pneumonia lobar . Posteriormente, a conceituação clínica da doença sofreu uma inevitável simplificação, passando o termo a traduzir a inflamação aguda do parênquima pulmonar de qualquer natureza; pneumonia é, portanto, o termo que melhor define tais processos, sejam eles bacterianos, viróticos, fúngicos ou de outra natureza (TARANTINO,1990).

Existe grande dificuldade na conceituação etiológica das pneumonias em “latu sensu”, desde que agentes bacterianos, agentes virais, fungos, protozoários, helmintos, alterações imuno-alérgicas, processos físicos, são capazes de originar alterações clínicas e radiológicas compatíveis com este diagnóstico (BETHLEM,1984).

A incidência das infecções respiratórias agudas é bastante elevada, sendo responsável por grande sofrimento humano e por consideráveis prejuízos econômicos (SILVA,1993).

1.1.1.1 Classificação da Pneumonia

Baseia-se nos critérios clínico, anatômico e etiológico.

Clínico-radiológico: pneumonias lobares, segmentares e subsegmentares, conforme o processo seja de localização lobar, segmentar ou subsegmentar.

Anatômico: pneumonias alveolares, intersticiais e mistas, segundo a sede do processo seja o alvéolo, o tecido intersticial ou ambos.

Etiológico: pneumonias causadas por diferentes agentes como: bactérias, vírus, Mycoplasma, Chlamydia, Rickettsia, fungos, helmintos, protozoários, alergia, colagenoses, aspirativas, agentes físicos, agentes químicos, por transplante (TARANTINO, 1990).

1.1.1.2 Pneumonia por aspiração:

As pneumonias por aspiração são mais freqüentes do que se pode imaginar. Por vezes passam despercebidas por não se pensar nelas, mimetizando uma pneumonia bacteriana transitória (PAULA, 1984).

A aspiração pulmonar é um problema clínico de grande importância. A sua patologia está relacionada à qualidade (pH) e à quantidade (maior de 20 ml) do material aspirado. A pneumonia pode ser causada por aspiração de conteúdo ácido; conteúdo não ácido, restos alimentares e corpo estranho (LUZ, 1985).

São pneumonias conseqüentes à entrada anormal de secreções endógenas ou substâncias exógenas no pulmão. Sua conceituação não é fácil, uma vez que, atendendo-se ao critério patogênico, quase todas as pneumonias são aspirativas; o mecanismo é o mesmo; o que varia é a natureza do agente aspirado, microbiano ou não (TARANTINO, 1990).

As pneumonias e broncopneumonias tem distribuição lobar ou lobular e se caracterizam por abundancia de exudação intra-alveolar (BOGLIOLQ, 1981).

Geralmente, sua causa é a supressão ou a redução do reflexo da tosse, permitindo a passagem através do esôfago de conteúdo gástrico para traquéia e brônquios (PAULA, 1984).

A aspiração é favorecida por alterações do nível de consciência (alcoolismo, anestesia geral, outros), obstrução intestinal ou alterações esofagianas, amigdalectomia ou extração dentária (SILVEIRA, 1983).

E também situações como debilidade extrema, intoxicações por drogas que deprimem o Sistema Nervoso Central (SNC), principalmente barbitúricos, traumatismos crânio encefálico, acidente vascular encefálico, crise epiléptica e estados comatosos em geral interferem com o mecanismo da tosse, sendo essa pneumonia como síndrome de Mendelson (aspiração do suco gástrico) (PAULA, 1984).

A localização do material refluído depende do decúbito do paciente. Devido ser o brônquio principal direito anatomicamente uma continuação da traquéia(mais verticalizado que o brônquio principal esquerdo), o material aspirado tem preferência pelo pulmão direito e pelos segmentos basais.

A forma aguda desse paneumonia caracteriza-se por crises de tosse com secreção abundante, broncoespasmo, cianose e dispnéia, de moderada a intensa. Na ausculta pulmonar estão presentes roncos e sibilos. Na radiografia de tórax podemos nos deparar com condensações segmentares, lobares ou com aspecto de broncopneumonia uni ou bilateral.

As formas crônicas ocorrem quando o refluxo é pequeno. Acontece principalmente nos idosos e debilitados porque pequenas quantidades de material aspirado nesses indivíduos são de difícil identificação. Situações como cirurgia da orofaringe, estenose de esôfago, megaesôfago, fístulas traqueo-esofagianas, transtornos neuromusculares da deglutição, sonda nasogástrica mal situada, originam pequenas aspirações de material do estômago para traquéia e brônquios (PAULA, 1984).

1.1.2 A Fisioterapia Respiratória

As metas da fisioterapia respiratórias são: prevenir obstrução e acúmulo de secreções nas vias aéreas, que interfiram na respiração normal; melhorar a limpeza e ventilação das vias aéreas através da mobilização e drenagem de secreções; aumentar a resistência à fadiga e tolerância a exercícios gerais; reduzir os gastos de energia durante a respiração através da reeducação da respiração; prevenir ou corrigir deformidades posturais associadas com distúrbios respiratórios; promover o relaxamento; manter ou melhorar a mobilidade torácica; melhorar a efetividade da tosse; corrigir padrões respiratórios insuficientes ou anormais; ensinar o paciente como lidar com ataques de falta de ar; e melhorar a capacidade funcional do paciente (COLBY; KISNER, 2000).

1.1.2.1 Técnicas Fisioterapêuticas utilizadas na Pneumonia Aspirativa

Segundo Colby; Kisner, 2000 o tratamento consiste na utilização das seguintes técnicas:

1.1.2.1.1 Respiração diafragmática

O diafragma controla a respiração em nível involuntário, porém um paciente pode ser ensinado a controlar a respiração pelo uso correto do diafragma e relaxamento dos músculos acessórios.

Os exercícios de respiração diafragmática podem ser usados para melhorar a eficiência da ventilação, diminuir o trabalho respiratório, aumentar a excursão (descida e subida) do diafragma, e melhorar a troca de gases e oxigenação.

Esses exercícios também podem ser usados para mobilizar as secreções pulmonares na drenagem postural.

1.1.2.1.2 Respiração Freno Labial

Acredita-se que esse tipo de respiração mantém as vias aéreas abertas criando nelas uma pressão de retorno.

Estudos sugerem que a respiração com freno labial diminui a frequência respiratória, aumenta o volume minuto e melhora a tolerância aos exercícios.

1.1.2.1.3 Incentivo à tosse

É parte integral da limpeza das vias aéreas, um paciente deve aprender o significado de uma tosse efetiva, como produzir uma tosse voluntária, eficiente e quando tossir. Entre os meios adicionais de facilitar a tosse, podemos utilizar a tosse assistida manualmente; imobilização; umidificação; estímulo traqueal.

1.1.2.1.4 Aspiração

Situação alternativa para tosse, sendo o único meio de limpar as vias aéreas de pacientes incapazes de tossir voluntariamente, ou após estimulação reflexa do mecanismo da tosse. É ainda indicada em todos os pacientes com vias aéreas artificiais.

1.1.2.1.5 Drenagem Postural

É um meio de mobilizar secreções em um ou mais segmentos pulmonares para as vias aéreas centrais, colocando o paciente em diferentes posições de modo que a gravidade auxilie no processo de drenagem. A terapia com drenagem postural também inclui o uso de técnicas manuais (percussão, vibração, tosse voluntária) e visa prevenir o acúmulo e a remoção de secreções já acumuladas.

1.1.2.1.6 Percussão (Tapotagem)

Técnica usada para mobilizar secreções deslocando mecanicamente muco viscoso ou aderentes dos pulmões.

1.1.2.1.7 Vibração Manual

A vibração manual consiste em movimentos rítmicos, rápidos e com intensidade suficiente para causar a vibração em nível bronquial, com o objetivo de deslocar as secreções pulmonares já soltas, conduzindo-as para os brônquios de maior calibre e a traquéia, e daí para fora do sistema respiratório.(COSTA,1999).

1.2 JUSTIFICATIVA

Decidimos realizar um estudo retrospectivo no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), através da análise de prontuários, para constatar a frequência da pneumonia aspirativa, o perfil dos pacientes que a desenvolve, as técnicas fisioterapêuticas utilizadas e sua influência no tempo de internação desse paciente.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Esse estudo tem como objetivo verificar a frequência com que ocorre a pneumonia aspirativa, traçar o perfil do paciente, e verificar a influência das técnicas fisioterapêuticas nesses casos.

1.3.2 Objetivo Específico

Determinar o nº de pacientes que apresentam a pneumonia aspirativa no período de Julho a Dezembro de 2004 na enfermaria São José do HSCMV através de um estudo retrospectivo de análise de prontuários, obtendo com estes dados o perfil desses pacientes, e comparando o tempo de internação dos que foram atendidos pela fisioterapia e os que não foram.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo Retrospectivo.

2.2 LOCAL

Realizado no Hospital da Santa Casa de Vitória de Vitória (HSCMV).

2.3 PARTICIPANTES

2.3.1 Critérios de Inclusão

Pacientes internados na enfermaria São José do HSCMV no período de Julho a dezembro de 2004, com diagnóstico de pneumonia aspirativa.

2.3.2 Critérios de Exclusão

Prontuários com dados incompletos, e aqueles pacientes que não atenderam o critério de inclusão.

2.3.3 Amostragem

A seleção da amostra foi realizada com os prontuários da enfermaria São José do HSCMV, avaliando retrospectivamente os pacientes com diagnóstico de pneumonia aspirativa após ser considerado os critérios de inclusão e exclusão.

2.4 DESFECHO CLÍNICO

Os prontuários selecionados para este estudo foram avaliados segundo uma ficha de coleta de dados padronizada (ANEXO1) durante o período de Julho a Dezembro de 2004.

2.5 MÉTODO ESTATÍSTICO

Foi realizada análise descritiva e retrospectiva dos dados, através de tabelas de frequência e gráficos de setores e colunas com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. O Pacote estatístico SPSS – Social Package Statistical Science – foi utilizado nesta análise.

3 RESULTADOS

Dos 87 prontuários analisados, apenas 15(17%) apresentavam o quadro de pneumonia aspirativa; 4 evoluíram para óbito e desses nenhum realizou fisioterapia. A doença associada mais freqüente foi AVE , que ocorreu em 80% (12/15) dos pacientes, seguidos por 20% (3/15) da doença de Alzheimer.

Nos pacientes analisados, verificamos que 26%(4/15) receberam atendimento fisioterapêutico e a técnica mais usada foi a de higiene brônquica, utilizada nos 26% dos casos, estímulo a tosse em 20% e reexpansão pulmonar em 13% dos pacientes atendidos. O tempo médio de tratamento fisioterapêutico foi de 13 dias, variando de 9 a 19 dias, sendo observado que os 4 pacientes atendidos pela fisioterapia apresentavam ausculta pulmonar normalizada na alta hospitalar.

3.1 RESULTADOS GERAIS

3.1.1 Sexo

Verificou-se que houve predomínio do sexo masculino(Tabela1), sendo eles 60% (9/15) dos pacientes que desenvolveram a pneumonia aspirativa.

3.1.2 Idade

Os homens apresentaram média de idade de 78 anos, com variação de 63 a 89 anos, enquanto que as mulheres tiveram uma média de 97 anos, variando de

68 a 93 anos. Já nos pacientes que apresentaram pneumonia aspirativa essa média foi de 80 anos (Tabela1), com variação de 63 a 93 anos.

Tabela 1. Sexo e Idade

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Feminino	80	64,0
Masculino	45	36,0
Faixa etária		
66 – 69	27	21,6
70 – 74	17	13,6
75 – 79	27	21,6
80 – 84	20	16,0
85 – 89	20	16,0
90 ou mais	14	11,2

Idade média de 80 anos

3.1.3 Tabagismo

Dos 15 prontuários que apresentaram pneumonia aspirativa, 40%(6/15) eram não-fumantes, 33% (5/15) ex-fumantes e 6%(4/15) fumantes.(Tabela 2) (Gráfico 1).

Tabela 2 - Uso de Tabaco.

Uso de tabaco	Número	Percentual
Fumante	4	26,7
Ex-fumante	5	33,3
Não fumante	6	40,0
Total	15	100,0

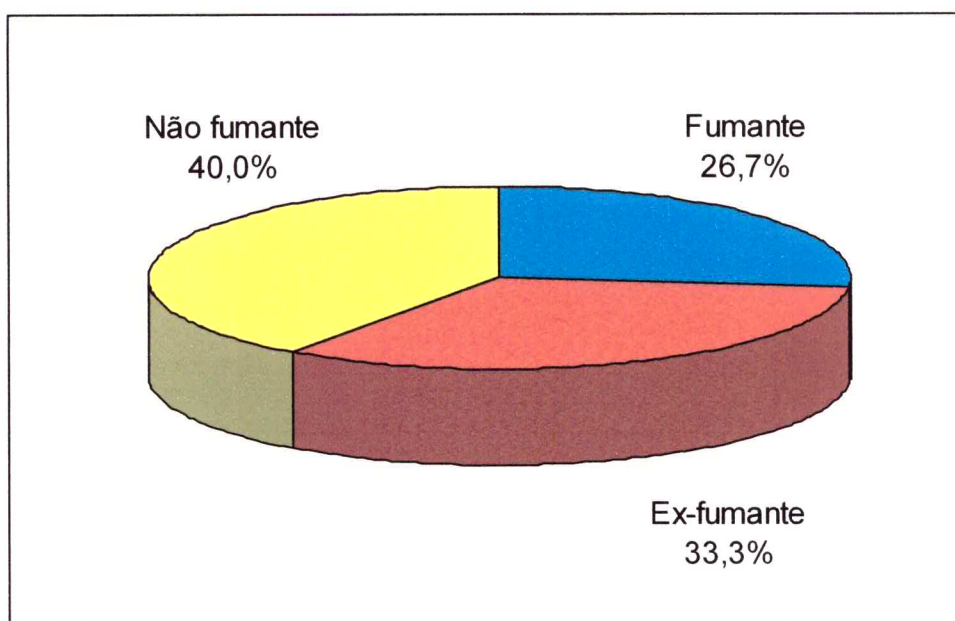


Gráfico 1 - Uso de tabaco.

3.1.4 Queixa Principal

Dentre as queixas principais, a mais encontrada foi de tosse com expectoração e febre 80%(12/15), seguido de astenia 33%(5/15), dispnéia 20%(3/15) e vômitos 13%(2/15).(Tabela 3) (Gráfico 2).

Todos os pacientes com pneumonia aspirativa apresentavam mais de um sintoma, com predominância de 66% (10/15) com febre e tosse.

Tabela 3- Queixa Principal.

Queixa	Número	Percentual
Febre	12	80,0
Tosse	12	80,0
Dispnéia	3	20,0
Astenia	5	33,3
Vômitos	2	13,3
Disfagia	1	6,7

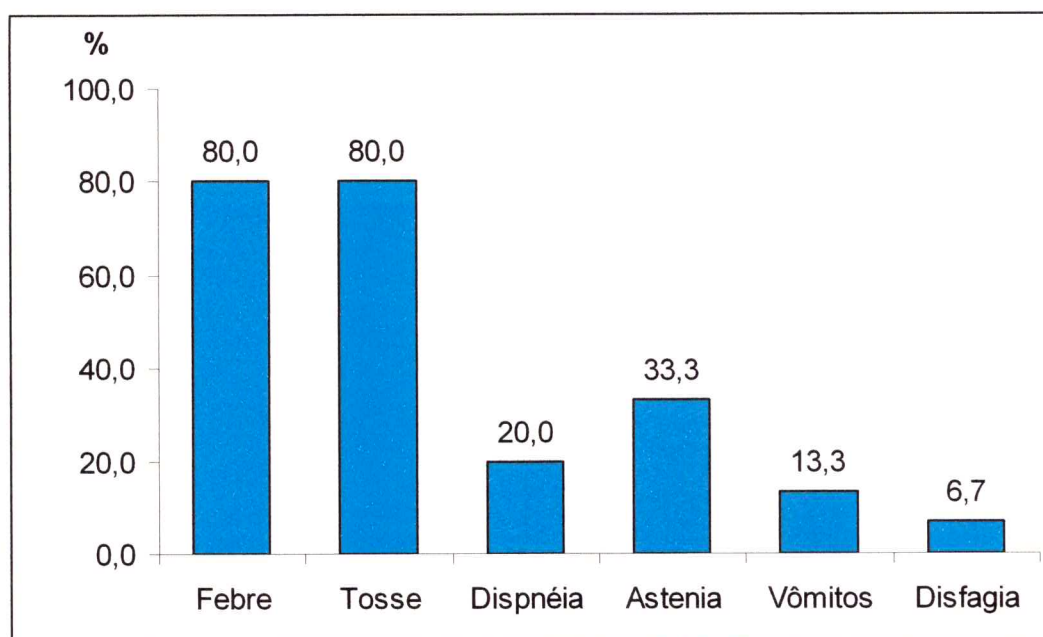


Gráfico 2- Queixa Principal.

3.1.5 Doença Associada

A presença de doença associada está presente em todos os casos de pneumonia aspirativa, totalizando 5 doenças, sendo 11 (73%) casos de Acidente Vascular Cerebral(AVE), 3 (20%) com Mal de Alzheimer(ALZ), 2(13%) com Diabetes Mellitus(DM), 2(13%) Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS),e 1(6%) com Insuficiência Cardíaca Congestiva(ICC).(Tabela 4) (Gráfico 3).

Desses, um paciente apresentou conjuntamente dois diagnósticos clínicos associado, sendo AVE e DM. Dois pacientes apresentaram AVE e HAS, um paciente apresentou ALZ e DM associados e 1 paciente com 3 diagnósticos clínicos de AVE, ICC e HAS.

Tabela 4 - Doenças associadas.

Doença	Número	Percentual
Diabetes mellitus	2	13,3
Acidente vascular encefálico	11	73,3
Hipertensão arterial sistêmica	3	20,0
Alzheimer	3	20,0
Insuficiência cardíaca congestiva	1	6,7
Nenhuma	1	6,7

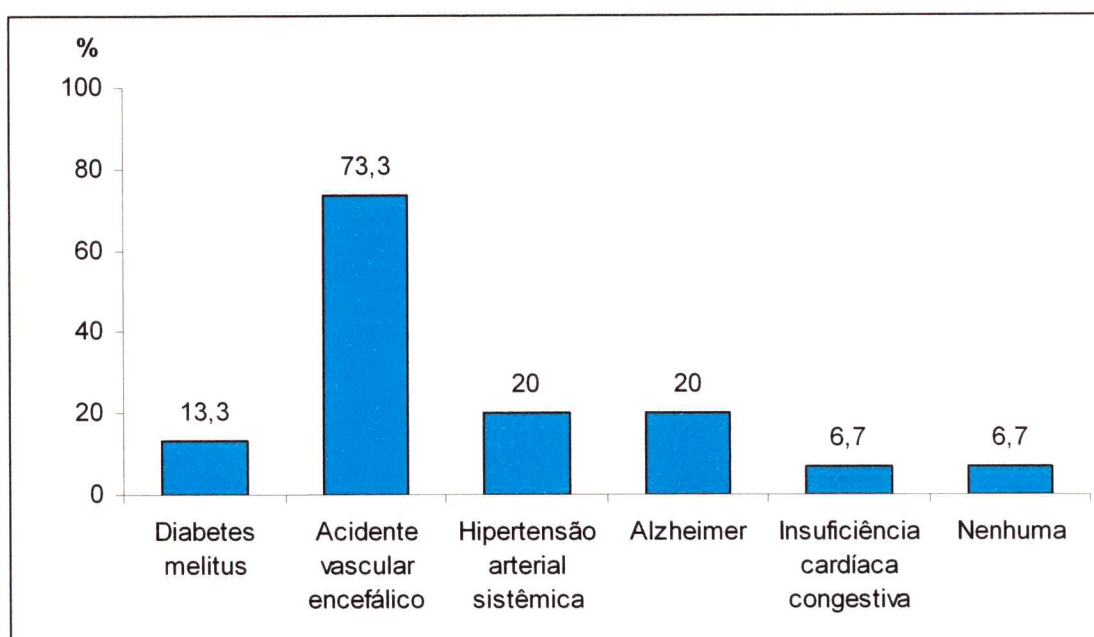


Gráfico 3- Doenças Associadas.

3.1.6 Cirurgia

A presença de cirurgia foi confirmada em 4 casos(26%). Dois pacientes de gastrostomia e 2 realizaram cirurgia para hiperplasia prostática. Os demais casos (11/15) não fizeram nenhum tipo de cirurgia.(Tabela 5)

Tabela 5 - Realização de Cirurgia

Cirurgia	Número	Percentual
Gastrostomia	2	13,3
Hiperplasia prostática benigna	2	13,3
Não realizou	11	73,4
Total	15	100,0

3.1.7 Uso de Sonda Nasogástrica(SNG)

Dos 15 prontuários analisados, 10 (66%) fizeram uso da SNG, enquanto que 5 (33%) não utilizaram-na (Tabela 6). O tempo médio de permanência da SNG foi de 14 dias, com variação de 4 a 40 dias.

Tabela 6 - Uso de Sonda Nasogástrica.

Cirurgia	Número	Percentual
Sim	10	66,7
Não	5	33,3
Total	15	100,0

Em média a sonda foi usada 14 dias

3.1.8 Ausculta Pulmonar

A ausculta pulmonar se encontrou alterada nos 15 prontuários analisados no primeiro dia de internação. Contudo no último dia de internação apenas 4 prontuários permaneceram com a ausculta alterada (Tabela 7) (Gráfico 4).

Tabela 7 - Resultado da Ausculta Pulmonar

Resultado	No 1º dia de internação		Último dia de internação	
	Nº	%	Nº	%
Alterada	0	0	4	26,6
Normal	15	100,0	11	73,4
Total	15	100,0	15	100,0

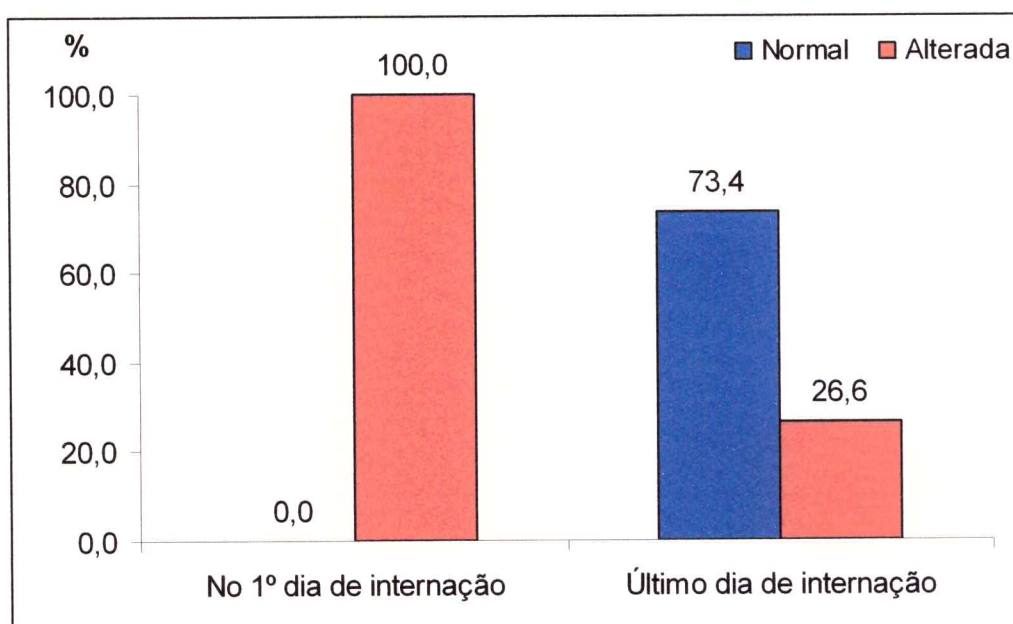


Gráfico 4 - Resultado da ausculta pulmonar

3.1.9 Sintomas Respiratórios na Internação

Em relação aos sintomas respiratórios 4 (26%) apresentaram tosse produtiva, 3 (20%) dispnéia, 3 (20%) cianose de extremidade, 1 (6%) ritmo respiratório irregular (Tabela 8). Os pacientes que não apresentaram sintomas respiratórios correspondeu a 33% (5/15) (Gráfico 5).

Tabela 8 - Sintomas Respiratórios na Internação

Sintoma	Número	Percentual
Ritmo respiratório irregular	5	33,3
Cianose de extremidades	1	6,7
Tosse produtiva	3	20,0
Taquipnéia	1	6,7
Dispneia e tosse produtiva	2	13,3
Nenhum	3	20,0
Total	15	100,0

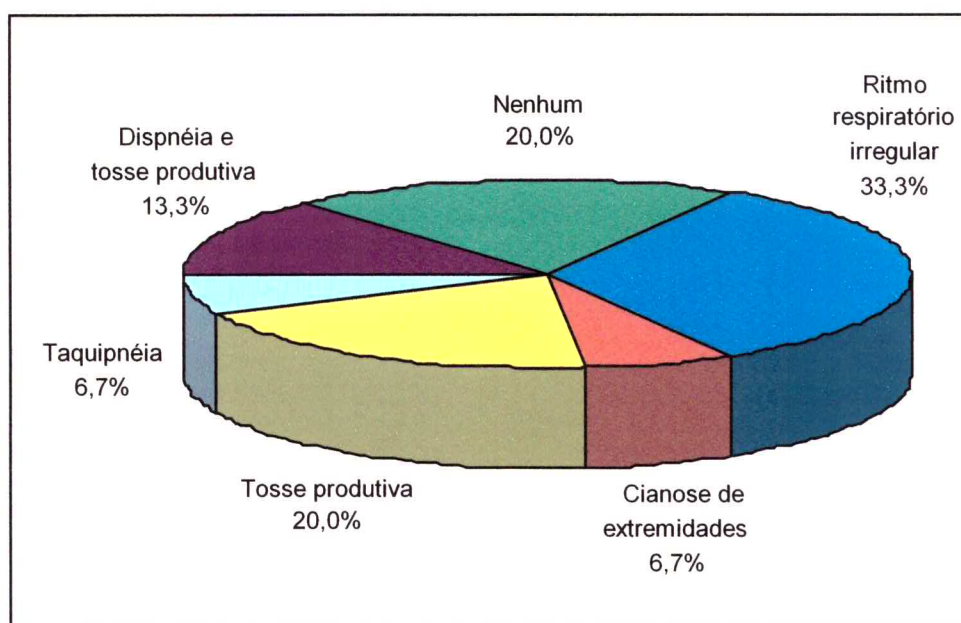


Gráfico 5 - Sintomas Respiratórios na Internação.

3.1.10 Exames Complementares

O exame complementar de maior ocorrência foi a radiografia realizada em 13 (86%) dos casos, 9 (60%) Hemograma, 5 (33%) gasometria arterial e 3 (20%) ECG (Tabela 9). Os pacientes que fizeram mais de um exame compreenderam 60% (9/15), já os que realizaram apenas um exame corresponderam a 40% (6/15), sendo nestes casos constatado somente a radiografia (Gráfico 6).

Tabela 9 - Exames Realizados.

Exames	Número	Percentual
RX	13	86,7
Hemograma	8	53,3
EGC	3	20,0
Gasometria arterial	5	33,3

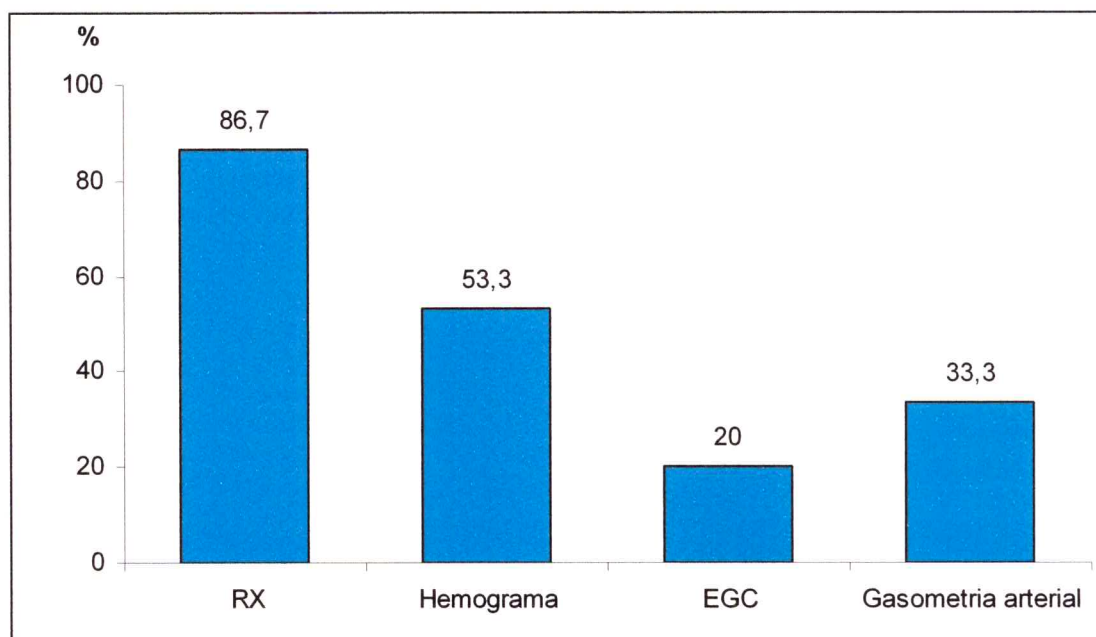


Gráfico 6 - Exames Realizados.

3.1.11 Uso de Antibióticos

Os pacientes que utilizaram antibióticos corresponderam a 93% (14/15) e apenas 1(6%) não foi administrado antibiótico (Tabela 10).

Tabela 10. Uso de antibióticos.

Cirurgia	Número	Percentual
Sim	14	93,3
Não	1	6,7
Total	15	100,0

3.1.12 Atendimento Fisioterapêutico

O atendimento fisioterapêutico foi realizado em 4 (26%) dos pacientes e 11 (73%) não receberam atendimento (Tabela 11).

Tabela 11. Atendimento Fisioterapêutico

Fisioterapia	Número	Percentual
Sim	4	26,6
Não	11	73,4
Total	15	100,0

Em média foram atendidos em 12 dias

3.1.13 Número de sessões de Fisioterapia

A média de nº de sessões de fisioterapia foi de 13 sessões, variando de 9 a 19 de atendimentos.

3.1.14 Técnicas Fisioterapêuticas Realizadas

Várias técnicas fisioterapêuticas foram utilizadas, e dentre elas a Manobra de Higiene Brônquica foi realizada em 4 (26%) de casos, 2 (13%) de exercício de reexpansão pulmonar, 2 (13%) orientações gerais, 2 (13%) de conscientização diafragmática e 3 (20%) estímulo à tosse. Todos os pacientes receberam mais de uma técnica fisioterapêutica.

3.1.15 Oxigenioterapia

Dentre os pacientes que necessitaram de oxigenioterapia 5 (33%) fizeram uso, já 10 (66%) não utilizaram-na (Tabela 12).

Tabela 12. Oxigenioterapia.

Uso de oxigênio	Número	Percentual
Sim	6	40,0
Não	9	60,0
Total	15	100,0

3.1.16 Óbito

Verificamos que 2 (13%) dos pacientes foram a óbito (Tabela 13).

Tabela 13. Desfecho dos casos.

Desfecho	Número	Percentual
Óbito	4	26,6
Alta	11	73,4
Total	15	100,0

3.1.17 Tempo Total de Internação

A média do tempo total de internação foi de 14 dias, variando de 4 a 44 dias. Sendo que houve predomínio do valor acima de 5 dias de internação (Tabela14).

Tabela 14 - Tempo de Internação.

Desfecho	Número	Percentual
4 – 7 dias	4	26,6
8 – 15 dias	6	40,0
Mais de 15 dias	5	33,4
Total	15	100,0

Em média foram 14 dias de internação

4 DISCUSSÃO

A evolução da pneumonia aspirativa é variável e está condicionado ao tipo de material aspirado, no entanto a mortalidade encontra-se em torno de 40 a 60%.

A aspiração ocorre, principalmente, durante as anestésias, nos traumatismos cranianos, nas intoxicações exógenas, nos comatosos, nas doenças debilitantes, nos chocados, nos afogados e nas alterações metabólicas graves (LUZ, 1985).

Neste estudo retrospectivo, verificou-se que o AVE foi a doença associada mais encontrada com 73% dos casos, devido a disfagia resultante da lesão encefálica. Tal resultado foi encontrado em outro trabalho (XEREZ; COSTA; CARVALHO, 2004). Também no estudo de Hough (1991) e Smith e Ball (1998) a pneumonia aspirativa foi a complicação secundária que mais ocorreu nos estágios (intermediários e agudos) depois do AVE.

Dos prontuários analisados, houve predomínio do sexo masculino (60%) com idade superior a 63 anos, enquanto que a idade das mulheres variou de 68 a 93 anos.

Com relação ao uso de sonda nasogástrica (SNG) observamos que 66%(10/15) fizeram uso da sonda, contribuindo para o aparecimento da pneumonia aspirativa, isso se relaciona ao fato de que a sonda aumenta os mecanismos de risco de aspiração, que são múltiplos, sendo os preferenciais a própria presença da sonda na orofaringe, que leva a alteração da colonização da região faríngea decorrente da ausência de alimentação via oral; ao acúmulo de secreções na hipofaringe; a diminuição do reflexo de tosse; e a inabilidade de proteção das vias aéreas, de acordo com outros trabalhos semelhantes encontrados (KIRBY, D.F; DELEGGY, M.H; FLEMING, C.R, 1995; MITCHELL; GARRAHY; PEAKE, 1982; NAKATANI et al., 1981).

Todos os casos analisados estavam com a ausculta pulmonar alterada no 1º dia de internação, uma vez que a pneumonia aspirativa como doença pulmonar afeta o trabalho respiratório (trabalho elástico, trabalho ligado a resistência dos

tecidos, e a resistência das vias aéreas) que se torna aumentado especialmente nas doenças que cursam com obstrução das vias aéreas, segundo encontrado na literatura (GUYTON, A.C; HALL, J.E, 1999).

Entre os recursos da fisioterapia, observamos que as técnicas mais utilizadas para o tratamento da pneumonia aspirativa foram: Manobra de Higiene Brônquica (26%); Estimulo à tosse (20%) e reexpansão pulmonar (13%).

Dentre os pacientes atendidos pela fisioterapia, observou-se que ausculta pulmonar estava normalizada na alta hospitalar, sendo que a variação do atendimento fisioterapêutico foi de 9 a 19 sessões.

Com a realização desse estudo, verificamos a importância do papel do fisioterapeuta que tem por objetivo manter vias aéreas livres, estimular o reflexo da tosse, auxiliar remoção efetiva das secreções e incentivar o padrão respiratório normal, além de orientar corretamente os cuidadores, principalmente em relação ao posicionamento do paciente, que deve estar com a cabeceira elevada, durante a ingestão de alimentos via oral e também pela SNG, já que como constatado a maioria dos casos apresentaram déficit de deglutição sendo necessário o uso da SNG, aumentando o risco de pneumonia aspirativa de acordo com o trabalho de Gomes et al. (2003) e Hough (1991) e Smith e Ball (1998) e Durward e Baer (1995).

5 CONCLUSÃO

A análise desse estudo nos mostrou que apesar do número reduzido de casos encontrados, e levando em consideração que esse estudo é retrospectivo e existe uma certa carência de informações relevantes nos prontuários avaliados, a pneumonia aspirativa é freqüente e quando constatada foi unânime nos casos de AVE e em pacientes idosos com queixa principal de tosse com expectoração, seguido de febre. Constatou-se que a presença do uso da sonda nasogástrica foi significativa durante a evolução dos pacientes. A maioria dos casos apresentavam déficit de deglutição e a fisioterapia embora restrita a um pequeno número de pacientes, mostrou-se eficiente na melhora do quadro da doença, pois todos os pacientes que foram atendidos estavam com a ausculta pulmonar alterada na internação e na alta hospitalar a mesma estava normalizada, sendo que dentre esses pacientes nenhum foi a óbito.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BETHLEM, N. **Pneumologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Atheneu,1984.
2. BOGLIOLO, L. **Patologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981, p.278-279.
3. COLBY, L.A; KISNER,C. **Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 634-671.
4. COSTA, D. **Fisioterapia Respiratória Básica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1999.
5. DURWARD,B.R; BAER,G.D. Physiotherapy and neurology: Towards research based practice. **Physiotherapy**,1995,v.81,p. 436-439.
6. GOMES,G.F et al.; Sonda Nasoenteral, aspiração traqueal e pneumonia aspirativa em pacientes hospitalizados com doenças cérebro vascular complicada por disfagia orofaríngea. **ABCD Arq. Bras**, Curitiba,2003, v.16, n.4, p.189-192.
7. GUYTON, A.C; HALL,J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 199,p.436-437.
8. HOUGH A. **Physiotherapy in respiratory care: A problem solving approach**. London: Chapman e Hall, 1991.

9. KIRBY,D.F;DELEGGY,M.H;FLEMING,C.R. American Gastroenterological Association technical review on tube Feeding for Enteral Nutrition. **Gastroenterology**, v.108,p. 3-21, 1995.
10. LUZ,C.P. Pneumonite de Aspiração. Enfoque clínico e anestesiológico. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.35,n.3,p.207-210,1985.
11. MITCHELL,C;GARRAHY,P.;PEAKE,P. Postoperative Respiratory Morbidity: Identification and risk factors. **Aust. N.Z.J.Surg.** v.52.p.203-208,1982.
12. NAKATANI, et al. Função Pulmonar na Pneumonia Aspirativa. **Revista Hosp. Clin.Fac.Med.São Paulo**, São Paulo,v.36,n.1,p.21-26,1981.
13. PAULA,A. **Pneumologia**. 1ed. São Paulo: Sarvier, 1984. p. 232.
14. SILVA,L.C.C. **Compêndio de Pneumologia**. 2 ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK,1993.p.464
15. SILVEIRA, I.C. **O Pulmão**. Na prática Médica. 2ed. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1983. p. 172.
16. SMITH,M.;BALL,V. **Cardiovascular/ Respiratory Physiotherapy**. London: Mosby,1998.
- 17.TARANTINO, A.B. **Doenças Pulmonares**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

18. XEREZ,D.R; COSTA,M.M.B.; CARVALHO,Y.S.V. Estudo clínico e videofluoroscopia da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Radiologia**, São Paulo, v.37,n.1,2004.

ANEXO 1
FICHA DE COLETA DE DADOS

Nº Prontuário:

Sexo: (F) Feminino (M) Masculino

Idade:

Tabagismo: (F) Fumante (EF) Ex-Fumante (NF) Não-Fumante

Data de Internação:

Queixa Principal:

Doença Associada:

Cirurgia: (S) Sim. Qual? _____ (N) Não

Uso de Sonda Nasogástrica (SNG): (S) Sim (N) Não

Tempo de uso da SNG: em dias

Ausculta Pulmonar no 1º dia internação:

Ausculta Pulmonar no último dia internação:

Sintomas Respiratórios na internação:

Exames Complementares: () Sim. Qual? _____ () Não

Uso de medicamentos: () Sim. () Não

Atendimento Fisioterapêutico: (S) Sim (N) Não

Nº de sessões:

Técnicas fisioterapêuticas realizadas:

Oxigenioterapia: (S) Sim. (N) Não

Óbito: (S) (N) Não

Tempo total de internação: em dias

ANEXO 2
TABELA DA FICHA DE COLETA DE DADOS

Nº	Sexo	Idade	Tabagismo	Q.P	Dç. Associada	Cirurgia	Tipo Cirurgia	Uso de SNG
1	F	93	NF	1,2	AVE;DM	S	1	S
2	M	82	NF	1,2,5	AVE	N		N
3	F	81	NF	1,6	AVE	N		N
4	M	74	EF	1,2	ALZ	S	2	S
5	M	74	EF	1,2	ALZ	S	2	S
6	M	75	EF	1,2,3,4	AVE	S	1	S
7	M	89	F	1,2	AVE	N		N
8	M	92	EF	2,4	AVE	N		S
9	F	77	NF	1,3	AVE	N		N
10	M	68	EF	1,2,3	AVE	N		S
11	F	92	F	1,2	AVE;HAS	N		S
12	F	68	NF	2,4	AVE;ICC;HAS	N		S
13	F	86	F	1,2,4	DM;ALZ	N		S
14	M	63	F	1,2		N		N
15	M	86	NF	4,5	AVE;HAS	N		S

Tempo uso SNG A.P no 1º dia Int. A.P no último dia Int. Sint. Resp. na Int. Exames Compl. Uso de antibióticos						
18	Alterada	Normal	2	1,2,3	S	
	Alterada	Normal	1	1	S	
	Alterada	Normal	3,5	2,4	S	
5	Alterada	Normal	4	2,4	S	
5	Alterada	Normal	4	1,2	S	
40	Alterada	Alterada	5	1,2,3,4	N	
	Alterada	Alterada	3,5	1,2,3	S	
30	Alterada	Normal	1	1,2,4	S	
	Alterada	Normal	1	1,2	S	
7	Alterada	Normal	6	1	S	
5	Alterada	Normal	1	1	S	
18	Alterada	Normal	1	1,2,4	S	
6	Alterada	Alterada	3,5	1	S	
	Alterada	Normal	6	1	S	
4	Alterada	Alterada	4	1	S	

Atendimento fisio	Nº sessão fisio	técnicas realizadas	xigenioterapia	Óbito	Tempo total Int.
S	19	1,2,3	N	N	20
N			S	N	8
N			N	S	4
N			N	N	10
N			N	N	10
S	5	1,2	S	N	44
S	16	1,2,4,5	N	N	15
N			S	S	30
N			N	N	9
N			S	N	7
N			S	N	17
S	9	1,3,4,5	N	N	18
N			S	S	6
N			N	N	10
N			N	S	6

LEGENDA DO ANEXO 2
FICHA DE COLETA DE DADOS

SEXO

F: Feminino

M: Masculino

IDADE: em anos

TABAGISMO

F: Fumante

EF: Ex- fumante

NF: não-fumante

QUEIXA PRINCIPAL

1: Febre

2: Tosse

3: Dispnéia

4: Astenia

5: Vômitos

6: Disfagia

DOENÇAS ASSOCIADAS

DM: Diabetes Mellitus

AVE: Acidente Vascular Encefálico

HAS: Hipertensão Arterial sistêmica

ALZ: Alzheimer

ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva

CIRURGIAS

S: Sim

N: Não

TIPO CIRURGIA

1: Gastrostomia

2: Para hiperplasia Prostática Benigna

USO DE SONDA NASOGÁSTRICA

S: Sim

N: Não

TEMPO DE SNG: em dias

AUSCULTA PULMONAR NO 1º DIA DE INTERNAÇÃO

N: Normal

A: Alterada

AUSCULTA PULMONAR NO ÚLTIMO DIA DE INTERNAÇÃO

N: Normal

A: Alterada

SINTOMAS RESPIRATÓRIOS NA INTERNAÇÃO

1: Ausente

2: ritmo respiratório irregular

3: Dispnéia

4: Cianose de extremidades

5: Tosse produtiva

6: Taquipnéia

EXAMES COMPLEMENTARES

1: RX

2: Hemograma

3: ECG

4: Gasometria Arterial

USO DE ANTIBIÓTICO

S: Sim

N: Não

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

S: Sim

N: Não

Nº DE SESSÕES FISIOTERAPIA:

TÉCNICAS FISIOTERAPÊUTICAS REALIZADAS

1: Manobras de Higiene Brônquica

2: Estímulo à tosse

3: exercícios de reexpansão pulmonar

4: Orientações Gerais

5: Conscientização Diafragmática

OXIGENIOTERAPIA

S: Sim

N: Não

ÓBITO

S: Sim

N: Não

TEMPO TOTAL DE INTERNAÇÃO: em dias