



ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS COM DERRAME PLEURAL PARAPNEUMÔNICO

Fabricia Michelle Volpato¹; Rosemayre Toscano Del Grossi Kaizer²

RESUMO: O presente trabalho teve como objetivo verificar a atuação da fisioterapia respiratória no tratamento de crianças hospitalizadas com derrame pleural parapneumônico, visando a diminuição das suas complicações e conseqüentemente o tempo de internação. Foram submetidas ao estudo seis crianças sendo três do gênero feminino e três do gênero masculino, com idade média de três anos para as meninas e de um ano para os meninos, hospitalizadas. Todas as crianças foram avaliadas através de uma ficha de avaliação individual, juntamente com radiografia de tórax e hemograma completo. Em seguida receberam tratamento fisioterapêutico duas vezes ao dia no período de internação. O tratamento foi realizado por uma acadêmica de fisioterapia com supervisão, utilizando as seguintes técnicas: drenagem postural, percussão cubital, vibrocompressão torácica, estimulação costal, diafragmática e da tosse e tosse assistida. Observamos que o tempo de internação para meninos e meninas foi discrepante, entretanto o número de sessões de fisioterapia por dia foi similar, sendo que o grupo das meninas apresentou um período de internação mais curto, porém faz-se necessário uma amostragem maior para a análise dos benefícios da fisioterapia nesta população. Ao término do tratamento as crianças foram submetidas a uma reavaliação utilizando como base a radiografia de tórax e o hemograma completo.

PALAVRAS-CHAVE: Derrame pleural parapneumônico; Fisioterapia respiratória; Exames complementares.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Tarantino (2002), a apresentação de líquido em quantidade acima do normal, (3 a 15 ml), na cavidade pleural, é a mais freqüente e expressiva das alterações que acontece no tórax.

O líquido pleural (LP) em indivíduos normais atua como lubrificante, facilitando o deslizamento das pleuras durante os movimentos respiratórios. Todo líquido secretado no espaço pleural (EP) é reabsorvido (CIRINO et al., 2002).

O acúmulo e aumento de LP podem acontecer pelos seguintes fatores: aumento da pressão hidrostática, como no caso da insuficiência cardíaca direita; aumento da permeabilidade vascular, por exemplo, a pneumonia; aumento da pressão negativa intra-pleural, como na atelectasia; diminuição da drenagem linfática e no caso de carcinomatose de mediastino (MONTE e GRAÇA, 2000).

Paz et al., (2001), afirmam que 40% dos casos de DP são causados pela pneumonia.

¹ Discente do Curso de Fisioterapia – Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – PR. Graduanda do Curso de Fisioterapias do Cesumar. mivolpato@yahoo.com.br

² Docente do CESUMAR – Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, Maringá – PR. rosemg@bol.com.br

Para Carvalho et al., (1992) um conjunto de líquido entre os folhetos parietal e visceral da pleura é denominado derrame pleural (DP) no qual o líquido pode ser purulento recebendo o nome de empiema. Enquanto para Custódio e Barbosa (2003), o acúmulo de líquido pode ser viscoso ou sanguinolento na cavidade pleural com a denominação de hemotórax.

De acordo com Cirino et al., (2002) o derrame pleural associado à pneumonia ou parapneumônico (DPP) é um exsudato que se altera a partir do extravasamento de proteínas para o EP, em decorrência do aumento da permeabilidade capilar dos vasos pulmonares por lesão endotelial secundária à ação de substâncias produzidas pelo agente infeccioso ou pela interação deste com o sistema imune do paciente.

As complicações vão depender da quantidade, agravamento, e das características do líquido acumulado no EP. Nas primeiras 48 a 72 horas o líquido acumulado é de pequeno volume, nesta fase pode haver invasão bacteriana no EP (SARMETO, 2005).

Moreira et al., (2005) descrevem que alguns trabalhos mostram uma taxa de óbito de 10 a 12% em crianças hospitalizadas recebendo antibioticoterapia, sendo o DPP responsável por 80 à 85% das mortes por doenças respiratórias. Em crianças, há relatos em que a ocorrência do DPP varia de 20 a 91%, com aumento da morbi-mortalidade.

Para Tarantino (2002) a queixa mais comum e precoce de um derrame pleural é a dor localizada, em correspondência com a zona lesada, a qual se agrava com os movimentos respiratórios. O paciente possui tosse irritante, não produtiva, sendo a comprovação constante, dispnéia dependente de vários fatores: volume do derrame, alteração da curvatura diafragmática, tempo de instalação, intensidade da dor torácica, alterações na relação ventilação-perfusão e concomitância de outras condições, como cardiopatias, pneumopatias e anemia. Yépez (2001) acrescenta que pode ocorrer expectoração e febre.

No tratamento cirúrgico do DPP necessita ser orientado de acordo com o período anatomopatológico da doença, para se escolher pelo melhor momento de intervenção e o tipo de proposição cirúrgica adotada (CIRINO et al., 2002).

Sarmento (2005), afirma que o tratamento clínico, em muitos casos, é conservador, sendo o papel da fisioterapia respiratória, forma coadjuvante, e de extrema importância a qual tem como principais objetivos: melhorar e manter a expansibilidade torácica e os volumes e capacidades pulmonares, auxiliar na absorção do LP e intervir em possíveis formações de aderências pleurais.

Podem ser utilizados para o tratamento fisioterapêutico os recursos manuais para retirada de secreção como: drenagem postural, vibrocompressão torácica, percussão cubital, tosse assistida, estímulos a tosse, técnicas sublingual com descolagem e remoção de secreções das vias aéreas superiores, padrões respiratórios e condicionamento físico, reeducação das atividades de vida diária e otimização da função pulmonar com o alívio da dispnéia (ABDUCH, 2001).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foram submetidas ao estudo seis crianças sendo três do gênero feminino e três do gênero masculino, com idade média de três anos para as meninas e de um ano para os meninos, hospitalizadas.

Todas as crianças foram avaliadas através de uma ficha de avaliação individual, a qual foi dividida em dados pessoais, dados clínicos e os antecedentes materno-infantis. A avaliação fisioterapêutica foi composta pela segunda parte da ficha individual, na qual faz presente o exame físico, também foi avaliado com hemograma completo e radiografia de tórax, pré e pós tratamento fisioterapêutico.

Para a inclusão das crianças nesta pesquisa, foram considerados os critérios: serem de ambos os gêneros; portadores de derrame pleural parapneumônico;

apresentarem idade compreendida entre um e sete anos; ausência de quaisquer patologias do sistema cardíaco associado.

Em seguida receberam tratamento fisioterapêutico duas vezes ao dia no período de internação. O tratamento foi realizado por uma acadêmica de fisioterapia com supervisão, em uma frequência de duas vezes ao dia, utilizando as seguintes técnicas: drenagem postural, percussão cubital, vibrocompressão torácica, estimulação costal, estimulação diafragmática, estimulação da tosse e tosse assistida. O posicionamento da criança foi de acordo com a localização do derrame pleural parapneumônico e foram aplicadas três séries de dez repetições para cada técnica.

Os dados obtidos nas avaliações clínicas e fisioterapêutica foram analisados e apresentados de forma descritiva.

3 RESULTADOS PARCIAIS

Radiologicamente e de acordo com os dados observados no hemograma completo pré e pós tratamento fisioterapêutico observamos uma evolução clínica significativa, a qual se confirmou na ausculta pulmonar. Quantitativamente os atendimentos fisioterapêuticos apresentaram duração média de treze dias para o grupo masculino e oito para o grupo feminino. Apesar da amostragem se apresentar pequena observa-se na tabela 1 e na tabela 2 que o tempo de internação (em dias) para meninos e meninas foi discrepante, entretanto o número de sessões de fisioterapia por dia foi similar, sendo que o grupo das meninas apresentou um período de internação mais curto, porém faz-se necessário uma amostragem maior para a análise dos benefícios da fisioterapia nesta população.

Tabela 1. Dados coletados da amostra, tempo de internação e número de sessões de meninos

Meninos	Nº de sessões	Tempo de Internação
A.A.A.	06	10
L.E.B.M.	08	11
R.B.G.	13	19

Fonte: Dados obtidos na presente pesquisa

Tabela 2. Dados coletados da amostra, tempo de internação e número de sessões de meninas

Meninas	Nº de sessões	Tempo de Internação
E.L.S.	03	07
L.G.S.	07	14
Y.O.P	02	05

Fonte: Dados obtidos na presente pesquisa

4 CONCLUSÃO

Com análise dos dados colhidos até o momento, pode se concluir que através das limitações que o derrame pleural parapneumônico acarreta, a fisioterapia respiratória atua de forma significativa na prevenção e melhora da qualidade de vida do paciente com esta patologia.

REFERÊNCIAS

ABDUCH, M. Afecções Respiratórias na infância. **Reabilitar**, v.3, n.10, p. 07-11, 2001.

CARVALHO, M.F.C; BARROS, M.L e CUNHA, A.J.L.A. Derrame pleural parapneumônico em crianças hospitalizadas. **Arquivos Brasileiros de Medicina**, v.66, n.6, p. 502-506, 1992.

CIRINO, L.M.I; NETO, M.J.F e TOLOSA, E.M.C. Classificação ultra-sonográfica do derrame pleural e do empiema parapneumônico. **Radiologia Brasileira**, v.35, n.2, p. 81-83, 2002.

CUSTÓDIO, F.B e BARBOSA, J.A.F. **Transplante Hepático: uma abordagem fisioterapêutica nas complicações respiratórias**. 2003. 73f. Monografia (Graduada em Fisioterapia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2003.

MONTE, K.N.S e GRAÇA, E.C.A. A incidência de derrame pleural tuberculoso em pacientes aidéticos e proposta de tratamento fisioterápico. **Reabilitar**, v.3, n.7, p. 16-29, 2000.

MOREIRA, G.O; RIBEIRO, J.D e TRESOLDI, A.T. Utilidade de um escore e de variáveis indicativas de drenagem em crianças com derrame pleural parapneumônico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.3, p.205-211, 2005.

PAZ et al. Derrame Pleural y empiema complicado em niños. Evolución y factores pronósticos. **Rev. Méd. Chile**, v.29, n.1, p. 1289-1296, 2001.

SARMENTO, G.J.V. **Fisioterapia respiratória no paciente crítico: rotinas clínicas**. São Paulo: Manole, 2005. p. 432-441.

TARANTINO, A.B. **Doenças pulmonares**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 940-970.

YÉPEZ, E.S. Derrame pleural paraneumônico em terapia intensiva: Empiema. **Medicina Intensiva**, v.18, n.1, p. 16-25, 2001.