

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM UM CASO DE SUSPEITA DE INFLUENZA: EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA¹

Luciana Meggiolaro Pretto², Luana Ceconello³, Valentina Bernardi Alves⁴, Claudiane Borges⁵.

¹ Relato de experiência no Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo

² Residente Fisioterapeuta no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso - UPF - HSVP - SMS-PF

³ Residente Fisioterapeuta no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Idoso - UPF - HSVP - SMS-PF

⁴ Residente Fisioterapeuta no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção ao Câncer - UPF - HSVP - SMS-PF

⁵ Preceptora e Fisioterapeuta no HSVP

Introdução

A influenza ou gripe A (H1N1) é considerada a infecção que mais causou doenças e mortes até a atualidade. É uma doença aguda do sistema respiratório, causada pelo vírus Influenza, tendo alta capacidade de transmissão e distribuição global, e pode resultar em síndrome respiratória aguda grave (SRAG). (COSTA e MERCHAN-HAMANN, 2016)

A transmissão do vírus Influenza entre humanos ocorre pela via respiratória por meio de secreções como aerossóis, gotículas ou por contato direto da mucosa¹. O vírus Influenza, de característica zoonótica, afeta muitas espécies de aves e mamíferos. Algumas vezes a transmissão ultrapassa as barreiras entre as diferentes espécies e pode criar um cenário promissor para geração de uma cepa com potencial pandêmico. A cada ano, a influenza é causa significativa de doença e óbitos humanos e produz importante impacto na saúde e na produção animal. É uma contínua ameaça à saúde pública veterinária e humana. (ZAMBON, 2014)

Apesar dos sintomas semelhantes com outros vírus que acometem o trato respiratório, a febre súbita - que dura cerca de três dias, com dor muscular e prostração - é característica de infecção pelo vírus Influenza. As epidemias são imprevisíveis e afetam um grande número de pessoas. O cenário de uma epidemia dependerá, entre outros aspectos, das medidas de prevenção e controle. Essas epidemias são comumente evidenciadas por um aumento nas internações hospitalares por broncopneumonias, associadas a infecções bacterianas secundárias e com um excesso de mortes, principalmente em idosos e pessoas que sofrem de insuficiência cardíaca crônica e doença pulmonar. (JERIGAN e COX, 2013)

É importante ressaltar que no Brasil, em relação à influenza, as ocorrências de surto ou de óbitos e de casos de influenza humana produzida por novo subtipo viral são de notificação compulsória, sendo que a influenza sazonal não se enquadra neste registro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O objetivo deste resumo é relatar o caso clínico de suspeita de influenza em paciente idoso em um hospital de referência.

Caso Clínico

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

Paciente do sexo masculino, 70 anos de idade, aposentado e agricultor, residente do interior de Passo Fundo/RS, tabagista (100maços de cigarro/ ano), hipertenso controlado (domiciliar: captropil) e portador de doença pulmonar obstrutiva crônica com uso de Furasec e oxigenoterapia domiciliar. Também tem historia clinica de micose pulmonar e nefrolitíase (utilizou cateter duplo de J) há um e meio.

Paciente chega ao setor de emergência acompanhado pelos familiares (filha e genro) apresentando queixa de tosse e dor torácica. Na avaliação apresentou-se febril (38,2°C), confuso, sonolento, com abertura ocular espontânea, grande quantidade de secreção vias aéreas superiores (VAS) e ausculta pulmonar com roncosp e crepítantes difusos. Apresentou taquicardia sinusal sem alterações e sinais de isquemia no eletrocardiograma. A conduta inicial foi administração de antibiótico (piperacilina e tazobactam), início do Tamiflu, aspiração de VAS (coleta da secreção para exame patológico para investigação de influenza) e suporte de oxigênio.

Nos exames laboratoriais de urgência verificou-se hipocalcemia (2,7 mEq/L) – recebeu Push K e acidose respiratória com compensação metabólica importante (gasometria: pH:7,22; PCO₂:83,2 mmHg; PO₂:56,7 mmHg; HCO₃: 31,5 mEq/L), hemograma: hemoglobina, 13,4 g/dL; hematócrito, 41,5%; leucócitos, 23.800/mm³; plaquetas, 266.000/mm³. No exame de imagem observou-se infiltrados intersticiais reticulo-nodular difuso bilateral (Figura 1). Em poucas horas evoluiu com piora do estado geral e SRAG, necessitando de intubação orotraqueal (TOT) e ventilação mecânica (VM). No mesmo dia apresentou parada cardiorrespiratória (PCR) – realizado reanimação conforme Suporte Avançado - ACLS.

No 2º e 3º dia de internação continuou com piora progressiva na acidose respiratória (gasometria 2º dia: pH:7,12; PCO₂:74,4 mmHg; PO₂:102 mmHg; HCO₃: 23,6 mEq/L; gasometria 3º dia: pH:7,07; PCO₂:84,2 mmHg; PO₂:130 mmHg; HCO₃: 23,5 mEq/L) ajustados parâmetros da VM (Ventilador Bird, VCV, VC: 460 ml, FR:22irpm, FiO₂:100%) – aumento do VC e FR (anterior: VC: 420 ml, FR:16). Foi instalado sistema de aspiração. Na radiografia no 3ª dia de internação mostra consolidações nodulares difusos bilaterais (Figura 2)

Medicações de uso durante a internação: Fentanil 10 ml/h; Dormonid/ midazolam 10 ml/h; Noradrenalina 4 ml/h; Dipirona Sódica 500mg/ml (6/6h); Hemofol SC 5000 UI/0,25ml (12/12h); Hidrocortisona 100 mg (8/8h); Piperacilina/Tazobactam 4,5g (8/8h); Plasil 5mg/ml (6/6h); Ranitidina 25mg/ml (8/8h); Salbutamol 100mcg/dose (4/4h); Seretide 25/250 mcg (12/12h; Tamiflu 75 mg (12/12h).

Ao exame físico, 4º dia de internação, paciente sedado (Escala de Sedação de Ramsay: 3), mostrava-se em péssimo estado geral, hipocorado, hipohidratado. Apresentava pressão arterial, 80-30 mmHg; FC: 29-44 bpm, SpO₂ = 80-90% temperatura, 36,8°C; peso estimado, 72 kg; altura, 1,65 m. À ausculta pulmonar apresentava estertores crepítantes difusos em ambos os pulmões e bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. Ventilando em TOT - VM (VCV, Vc: 460 ml, FR: 22, FiO₂:90%, PEEP:10 cmH₂O, Fluxo:34), Índice de oxigenação: 51 – comprometimento grave. Na aspiração apresenta grande quantidade de secreção mucopurulenta Abdomem sem visceromegalias, extremidades com edema, principalmente membros inferiores. Com sonda nasoenterica para dieta e sonda vesical de demora.

Impressão médica: Descompensação/Sepse pulmonar – esclarecer (H1N1?), pós PCR 2 ciclos no 1º dia de internação. Paciente sedado com Midazolam 20 mg/H e Fentanil 150mc/H, altas doses de vasopressor (noradrenalina 80ml/h), anúrico, TFG: 6,44 mg/dL e elevação da creatinina:41,5 –

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

Insuficiência Renal Aguda (sem condições de hemodiálise no momento devido a extrema instável hemodinamicamente). Médico explicou aos familiares a gravidade do caso, em que os mesmo optaram por medidas de suporte. No mesmo dia foi a óbito.

Atendimento fisioterapêutico

Totalizou 8 sessões de fisioterapia respiratória e motora (2 vezes/dia). Os objetivos do acompanhamento: Higiene Brônquica; manter expansão pulmonar; corrigir acidose respiratória; manter ADM – mobilidade e força muscular; prevenção de lesão por pressão e trombose venosa profunda (TVP). Foi realizada fisioterapia passiva.

Motora:

 Mobilidade e manter ADM: Mobilizações passivas em membros superiores e inferiores;

 Prevenção lesão por pressão e TVP: Exercícios metabólicos de extremidades; Trocas de decúbitos e posicionamento no leito (cabeceira elevada, coxins, colchão piramidal) – orientações para enfermagem.

Respiratória:

 Higiene Brônquica: Terapia expiratória manual passiva; Vibração associado à compressão-descompressão manual em tórax; Aspiração TOT (sistema fechado) e VAS; Orientação para enfermagem realizar com maior frequência aspiração;

 Manter expansão pulmonar: Propriocepção diafragmática; paciente é DPOC e exames de imagens evidenciaram consolidações bilaterais, PEEP moderadamente alto para garantir a expansão pulmonar e troca gasosa;

 Corrigir acidose respiratória: Verificação e mudança dos parâmetros VM (neste caso foi aumentar FR e VC).

Discussão

Segundo o protocolo de vigilância de influenza (Ministério da Saúde, 2009), são considerados portadores de SRAG aqueles pacientes que apresentarem febre > 38°C, tosse e dispneia, acompanhados ou não de manifestações gastrointestinais ou de outros sinais de gravidade, como, por exemplo, taquipneia (FR >25 ciclos/min), hipotensão ou quadro clínico, laboratorial e radiológico compatíveis com broncopneumonia, além dos óbitos.

As manifestações clínicas da doença aparecem após período de incubação de um a três dias. A maioria das pessoas com infecção sintomática de influenza pode ter a doença sem complicações, com início súbito de febre, tosse, dor de cabeça, dor de garganta, coriza, congestão nasal e dores musculares que se resolvem entre três e cinco dias, embora a tosse e fadiga possam persistir por mais tempo. Crianças com gripe podem apresentar diarreia e dor abdominal, somados aos sintomas respiratórios. Problemas gastrointestinais foram observados em adultos com infecção pelo vírus Influenza durante a pandemia de 2009. Os sinais e sintomas podem variar conforme a idade e as condições clínicas. A faixa etária tem grande influência sobre o risco individual de influenza, com incidência maior nos jovens e letalidade mais expressiva nos idosos e em indivíduos que possuem condições clínicas, ou comorbidades, que possam colocá-los em risco para complicações da influenza. Essas complicações incluem exacerbação das condições crônicas e outras complicações graves como infecção bacteriana, miocardite, pericardite, bronquiolite e encefalite. (UYEKI, 2014)

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

É difícil quantificar com exatidão os óbitos causados pelo vírus Influenza, pois a doença nem sempre é registrada como causa primária ou contribuinte, devido à ausência de diagnóstico laboratorial (COX e SUBBARAO, 2000). Acrescenta-se, ainda, o sub-registro do número de casos, dado que o nexa causal com a influenza nem sempre é feito por falta de suspeição clínica e/ou ausência de diagnóstico laboratorial diante de doença respiratória grave. Desse modo, os coeficientes de mortalidade e letalidade por influenza são afetados por erros no numerador na obtenção do indicador da mortalidade e do denominador para o cálculo da letalidade (WHO, 2012). A fisioterapia pode atuar tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças respiratórias, utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos em fase ambulatorial, hospitalar ou de terapia intensiva (NOZAWA et al., 2008). As manobras de fisioterapia relacionadas aos cuidados respiratórios consistem em técnicas manuais, posturais e cinéticas dos componentes tóracoabdominais com o objetivo de eliminar as secreções pulmonares e melhorar a mecânica do aparelho respiratório para acelerar a recuperação do paciente (ABREU et al., 2007). A escolha da técnica realizada pelos fisioterapeutas explica-se diante dos sinais e sintomas apresentados, momento da evolução clínica e fisioterapeuta que assistiu o paciente. A atuação fisioterapêutica caracteriza-se, principalmente, pela aplicação de técnicas de remoção de secreção brônquica e de reexpansão pulmonar, porém existe uma preocupação com a mobilização do paciente (CASTRO, 2010), corroborando com as técnicas de fisioterapia realizadas no presente relato.

Conclusões

O caso apresentado ilustra SRAG possivelmente por suspeita de influenza A (H1N1), de evolução clínica e radiológica envolvida, sem características conclusivas de infecção bacteriana associada, embora o uso de antibióticos bactericidas e agentes antigripais tenha sido iniciado precocemente. Apesar de o paciente evoluir ao óbito, a fisioterapia, se fez necessário, principalmente para higiene brônquica e garantir a expansão pulmonar, além disso, o fisioterapeuta contribuiu com a equipe multiprofissional na recuperação e reversão de possíveis casos de gripe A.

Referências

- ABREU, L.C.; PEREIRA, V.X.; VALENTI, V.E.; PANZARI, A.S.; MOURA, O.F. Uma visão da prática da fisioterapia respiratória: ausência de evidência não é evidência de ausência. *Arquivos de Medicina*, v. 32, n. 2, p. 76-78, 2007.
- CASTRO, A.A.M.; ROCHA, S.; REIS, C.; LEITE, J.R.O.; PORTO, E.F. Comparação entre as técnicas de vibrocompressão e de aumento do fluxo expiratório em pacientes traqueostomizados. *Fisioterapia em Pesquisa*, v. 17, n. 1, p. 18-23, 2010.
- COSTA, L.M.C; MERCHAN-HAMANN, E. Pandemias de influenza e a estrutura sanitária brasileira: breve histórico e caracterização dos cenários. *Revista Pan-Amazonica de Saúde*, v. 7, n. 1, p. 11-25, 2016.
- COX, N.J.; SUBBARAO, K. Global epidemiology of influenza: past and present. *The Annual Review of Medicine*, v. 51, p. 407-501, 2000.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão

JERIGAN, D.B.; COX, N.J. Human influenza: one health, one world. In: Webster RG, Monto AS, Braciale TJ, Lamb RA, editors. Textbook of influenza. 2nd ed. Oxford: Wiley Blackwell; p. 3-19, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Influenza; p. 13-39.

NOZAWA, E.; SARMENTO, G.J.V.; VEJA, J.M.; COSTA, D.; SILVA, J.E.P.; FELTRIM, M.I. Perfil de fisioterapeutas brasileiros que atuam em unidades de terapia intensiva. Fisioterapia em Pesquisa, v. 15, n. 2, p. 177-182, 2008.

PORTAL DA SAÚDE [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2009 Apr 1]. Diretrizes para o enfrentamento à pandemia de influenza A (H1N1): ações da atenção primária à saúde. [Adobe Acrobat document, 36p.]

UYEKI, T.M. Preventing and controlling influenza with available interventions. The New England Journal of Medicine, v. 370, n. 9, p.789-791, 2014.

ZAMBON, M. Influenza and other emerging respiratory viruses. Medicine, v. 42, n. 1, p.45 -51, 2014.

World Health Organization. Vaccines against influenza WHO position paper. Wkly Epidemiol, v. 87, n. 47, p. 461-476, 2012.



Figura 1: Radiografia de tórax no primeiro dia de internação de um caso de suspeita de influenza

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XVII Jornada de Extensão



Figura 2: Radiografia de tórax no terceiro dia de internação de um caso de suspeita de influenza.