Estratégia
Carreira Jurídica

Aula 00

Fisioterapia Hospitalar p/ Concursos - Curso Regular 2020 (Com Videoaulas)

Autor:
Mara Claudia Ribeiro

18 de Janeiro de 2020

AULA 00 – FISIOTERAPIA HOSPITALAR

Sumário

Apresentação do Curso 3

Apresentação Pessoal 4

Cronograma de aulas 6

1. CIRURGIA ABDOMINAL 8

PRÉ – OPERATÓRIO 8

AVALIAÇÃO 9

ORIENTAÇÕES 10

PÓS – OPERATÓRIO 11

OUTROS RECURSOS DE TRATAMENTO 14

TÉCNICA DE EXPIRAÇÃO FORÇADA – TEF OU HUFFING 16

2. CIRURGIA BARIÁTRICA 17

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICA DA OBESIDADE 18

FISIOTERAPIA 20

PRÉ – OPERATÓRIO 20

INTRAOPERATÓRIO 22

PÓS – OPERATÓRIO – FASE INTRAHOSPITALAR 23

PÓS – OPERATÓRIO – APÓS A ALTA HOSPITALAR 25

3. CIRURGIA CARDÍACA 26

IMPACTO DA CIRURGIA CARDÍACA NO SISTEMA RESPIRATÓRIO 27

FATORES PRÉ – OPERATÓRIOS 27

FATORES INTRAOPERATÓRIOS 29

FATORES PÓS – OPERATÓRIOS 32

FISIOTERAPIA 34

Avaliação clínica do paciente cardiopata cirúrgico 35

CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS 37

Questões Comentadas 43

Lista de Questões 57

Gabarito 67

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezado (a) concursando(a), parabéns pela iniciativa de adquirir o curso, trata-se de um passo importante para a sua aprovação !!!

É com imensa satisfação que iniciaremos os estudos do Curso Regular Preparatório Concursos de Fisioterapia. Este material vai te ajudar a se preparar de forma completa, tanto para concursos Hospitalares, de Residência, de Secretarias de Saúde ou poderá te auxiliar a retomar seus estudos e iniciar uma preparação a longo prazo. Cuidamos para desenvolver o melhor material possível, com muita dedicação e responsabilidade. Esforçando-nos ao máximo para oferecer o melhor e mais completo conteúdo possível para concursos que pode ser encontrado no mercado.

Em todas as aulas serão apresentadas diversas questões de diferentes bancas que desenvolvem provas para concurso em todo o Brasil, procurando sempre dar ênfase nas bancas que mais frequentemente preparam concursos.

A fim de discutirmos e ampliar os nossos conhecimentos as questões serão TODAS COMENTADAS. E para que você possa praticar bastante, teremos, no final do material questões sem comentários, com gabarito.

Em todos os cursos temos a aula 00, trata-se de uma aula gratuita e que apresenta o curso, delimita os assuntos que serão abordados. Nesta aula 00 também pode ser apresentado assuntos iniciais do curso.

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Sou a professora MARA RIBEIRO, formada em fisioterapia e pós-graduada em Fisioterapia Neurofuncional pela Universidade Estadual de Londrina, Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília e Doutora em Ciências Médicas pela Universidade de Brasília. Leciono no ensino superior há 15 anos, em cursos de graduação e pós-graduação, em diversas disciplinas ligadas ao Sistema Locomotor. E sou Fisioterapeuta do Hospital das Forças Armadas - Brasília.

Completando a equipe, temos a Professora GISLAINE HOLLER que também está envolvida na elaboração do Curso. Ela possui graduação em Fisioterapia (2013) e pós-graduada em Fisioterapia Traumato-ortopédica e Desportiva e Dermatofuncional. Iniciou sua vida de concurseira em 2014, com êxitos nos concursos voltados à fisioterapia, sendo aprovada na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2014), Prefeitura Municipal de Bela Vista do Toldo – SC (2015) e Prefeitura Municipal de Canoinhas – SC (2015).

Utilizaremos uma linguagem informal, com ênfase nos temas que realmente são cobrados pela banca organizadora, ou seja, para que otimize ao máximo a sua preparação e te habilite para a resolução de questões na área de fisioterapia, objetivando sua aprovação.

Para isso, os alunos matriculados no curso terão acesso ao seguinte conteúdo:

A) Material em pdf com as TEORIA + QUESTÕES COMENTADAS de todos os assuntos mais cobrados na área de fisioterapia.

B) Figuras e Mapas Mentais para facilitar a memorização dos principais tópicos da disciplina.

C) Videoaulas em aproximadamente 90% do curso, que complementarão o PDF.

D) Acesso ao Fórum de dúvidas, onde você poderá tirar todas as dúvidas diretamente conosco.

E) Resumo dos principais assuntos abordados nos diferentes livros, textos;

F) Slides das vídeo aulas.

Este material é de extrema importância para que você obtenha êxito em ser aprovado em um concurso na área de Fisioterapia.

Estamos sempre à disposição para tirar dúvidas e fazer esclarecimentos, via fórum de dúvidas ...

E-mail: mara.ribeiro01@gmail.com

Instagram: https://www.instagram.com/@profa.mara / @prof.gislaineholler / @fisio_estrategiaconcursos

CRONOGRAMA DE AULAS

Vejamos a distribuição das aulas:

AULA	CONTEÚDO	DATA
00	Apresentação do Curso / Fisioterapia no pré e pós operatório - Profa Mara Ribeiro	18/01/2020
01	Atuação Fisioterapêutica em ambiente hospitalar - Parte 1 - Prof Mara Ribeiro	10/02/2020
02	Atuação Fisioterapêutica em ambiente hospitalar - Parte 2 - Prof Mara Ribeiro	07/03/2020
03	Atuação Fisioterapêutica em ambiente hospitalar - Parte 3 - Prof Mara Ribeiro	24/03/2020

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA A SUA PREPARAÇÃO

1. O pacote deste concurso NÃO oferece os conteúdos básicos, mas você pode encontrá-los no site do estratégica concursos: *https://www.estrategiaconcursos.com.br*
2. Durante a sua preparação tenha um CADERNO DE ANOTAÇÕES DE ASSUNTOS ESSENCIAIS e procure anotar os temas e dicas principais de cada assunto.
3. Programe-se para manter uma rotina diária de estudos, isso te ajudará a conseguir contemplar todos os temas que apareceram no edital do seu concurso e aumentarão as suas chances de êxito.
4. Force-se a estudar com mais assiduidade os assuntos que não lhe são familiares ou que você não goste de estudar.
5. Procure usar as Videoaulas como um complemento do seu estudo e não como a forma principal.
6. O PDF contém texto completo + questões comentadas + figuras + dicas + resumos. Portanto aproveite ao máximo o seu material.
7. Utilize o fórum de dúvidas para te ajudar a entender temas que não ficaram claros ou solicitar esclarecimento de toda e qualquer dúvida, estamos aqui para isso !!!!
8. Dentro do seu PDF haverá várias sugestões de estudo, enquetes e diversos testes que poderão ser aprofundados no fórum de dúvidas, portanto, não deixe de participar. Mas não se preocupe, o seu material é o melhor e o mais completo do mercado e os seus professores estão sempre acessíveis para te auxiliar.
9. Só os alunos que compram o material no site do Estratégia Concursos têm acesso ao fórum de dúvidas.
10. Dedique-se e o retorno será certo.

1. CIRURGIA ABDOMINAL

PRÉ – OPERATÓRIO

Além de estabelecer vínculo com o paciente, o pré-operatório tem como objetivo a orientação das técnicas fisioterapêuticas empregadas no pós-operatório, a importância da tosse, do tubo orotraqueal e da ventilação mecânica.

O fisioterapeuta realiza a avaliação física, observa os exames laboratoriais e as radiografias, identifica e quantifica os principais fatores de risco para complicações pulmonares.

Os pacientes com risco potencial para complicações pós-operatórias são aqueles que apresentam, entre outros fatores, idade avançada, desnutrição, obesidade, condição de fumante, DPOC, insuficiência cardíaca, doença arterial coronária, alterações neurológicas e deformidades da caixa torácica.

É muito importante a realização da fisioterapia no pré-operatório de cirurgias abdominais altas e torácicas. Observa-se que o treinamento da musculatura respiratória no pré-operatório pode prevenir complicações pulmonares no pós-operatório, pelo aumento da força dos músculos inspiratórios e expiratórios, e que pacientes com fraqueza da musculatura respiratória têm risco aumentado de complicações pulmonares.

Medidas simples e preventivas são muito importantes para aqueles que serão submetidos à cirurgia abdominal alta ou torácica.

AVALIAÇÃO

VENTILOMETRIA

Podem-se obter dados da ventilação pulmonar com aferição do volume corrente, volume-minuto e capacidade vital utilizando-se um ventilômetro à beira do leito. Essas medidas permitem ao fisioterapeuta uma monitorização bastante fidedigna da função pulmonar do paciente.

MANOVACUÔMETRIA

A força muscular respiratória (pressões inspiratória e expiratória máximas), que também tende a estar diminuída no período pós-operatório, pode ser aferida com a utilização de um manovacuômetro.

FIQUE ATENTO!

ORIENTAÇÕES

Todos os pacientes devem ser orientados quanto aos fatores predisponentes das complicações pulmonares, às quais estão sujeitos no pós-operatório, instruídos para a realização de exercícios diafragmáticos, como inspiração sustentada, e informados e conscientizados sobre a importância da tosse.

Quando necessário, as técnicas de desobstrução brônquica são indicadas com o intuito de diminuir a quantidade de secreção expectorada pelo doente, além de tentar minimizar os efeitos desta no ato cirúrgico. Durante o ato cirúrgico, o paciente será posicionado na mesa operatória em decúbito que, caso haja hipersecreção, possa inundar o pulmão dependente, dificultando a técnica operatória, além de contribuir para um maior risco de infecções.

Nesse contato pré-operatório, após a avaliação, o paciente deverá ser informado da cirurgia à qual será submetido, bem como sobre os riscos de se desenvolverem complicações pulmonares no pós-operatório, provenientes do tempo prolongado de cirurgia, anestesia, entubação orotraqueal, dor, retenção de secreção, restrição ao leito e fumo.

Ele será aconselhado a interromper o fumo, pois isso danifica o epitélio ciliado da árvore brônquica, aumenta a secreção de muco, debilita o clearance mucociliar e reduz a quantidade de

surfactante pulmonar. Além disso, aumenta a coagulabilidade sanguínea, aumentando os riscos de uma embolia pulmonar.

PÓS – OPERATÓRIO

Principais objetivos: prevenir complicações pulmonares, circulatórias e musculoesqueléticas, bem como o otimizar o retorno do paciente às suas atividades de vida diária. A seguir, dividiremos o tratamento fisioterapêutico em duas fases: o paciente na unidade de terapia intensiva (UTI) e, posteriormente, na enfermaria.

Os objetivos da fisioterapia no período pós-operatório imediato incluem controlar e ajustar ventilação mecânica até o desmame, e manter oxigenação e ventilação adequadas, prevenindo possíveis complicações pulmonares.

Na avaliação inicial, deve-se revisar a prótese respiratória, o estado hemodinâmico, os acessos venosos e arteriais, drenos torácicos, oximetria, gasometria e radiografia.

Essa conduta, nesse período, visa a atenuar os efeitos secundários da ventilação mecânica (retenção de secreções, atelectasias e diminuição do retorno venoso), por meio de manobras de higiene brônquica, técnica de aspiração asséptica, manobras de reexpansão com Ambu®, posicionamento e fixação adequada do tubo endotraqueal, além de mobilização dos membros inferiores (MMII).

Embora muitos pacientes sejam capazes de ser desmamados da ventilação mecânica rapidamente, um pequeno número requer um período prolongado de desmame. Em muitos desses casos pode ser encontrada história de doença pulmonar prévia ou até mesmo o aparecimento de complicação pulmonar pós-operatória. Apesar das inúmeras estratégias de desmame ventilatório existentes, alguns pacientes não suportam a remoção da assistência ventilatória, sendo, nesses casos de desmame difícil, indicados à ventilação mecânica não invasiva (VMNI) pós-extu-bação.

Após a extubação, observar o ritmo cardíaco e parâmetros hemodinâmicos, verificando se o padrão respiratório é adequado e isento de estridor laríngeo.

Nesse período, é comum os pacientes apresentarem leve hipoxemia, o que exige suplementação de oxigênio. Os fatores que contribuem para isso incluem microatelectasias, dor incisional, comprometimento da tosse, eliminação de secreções, broncoespasmo, aumento do líquido intersticial pulmonar e derrame pleural.

Os pacientes são posicionados em decúbito dorsal, cabeceira elevada a 45°, permitindo que o diafragma não seja comprimido pelas vísceras e que a mobilização dos membros inferiores (MMII) possa ser realizada.

Os exercícios respiratórios, as técnicas de tosse e as manobras de higiene brônquica (MHB) serão instituídos. As MHB estão indicadas especialmente para situações em que o sistema de clearance mucociliar esteja alterado. A tapotagem e a vibrocompressão são técnicas mais frequentemente indicadas para pacientes que estejam entubados ou ventilados mecanicamente e para aqueles que apresentarem tosse ineficaz e dificuldade de eliminá-las espontaneamente.

Os exercícios respiratórios têm por objetivo a expansão pulmonar e o auxílio no deslocamento das secreções, mobilizando-as de regiões periféricas para áreas mais centrais de mais fácil expectoração.

Exercícios respiratórios em tempos, padrão diafragmático e padrão de expansão costal são os mais utilizados no pós-operatório.

TOME NOTA!

OUTROS RECURSOS DE TRATAMENTO

Embora a eficácia da utilização da válvula flutter em pacientes cirúrgicos ainda não esteja bem documentada, seu emprego pode auxiliar no processo de desobstrução, o que promove o carreamento de secre-ções para vias aéreas proximais, mantém o calibre e evita o colapso precoce das vias aéreas.

Os inspirômetros de incentivo são comumente utilizados no pós-operatório, porém, não são mais vantajosos que os exercícios respiratórios, e sua indicação deve ser reservada para pacientes que possam se beneficiar de incentivo visual. Até o presente momento, não existem evidências de que o uso isolado do inspirômetro de incentivo, quando comparado com outros regimes de tratamento fisioterapêutico, diminua a incidência de complicações pulmonares após a cirurgia. Dessa forma, sua indicação depende da seleção adequada dos pacientes, da cuidadosa orientação e adequada supervisão durante o treino. Sua efetividade não está bem documentada quando aplicado sozinho nem quando em conjunto com outros recursos.

Fisiologicamente, a melhor técnica de expansão pulmonar é a respiração diafragmática espontânea. Qualquer outro método de insuflação pulmonar, utilizando-se pressão positiva, por exemplo, deve ser muito bem indicado, pois a tendência é expandir áreas de maior complacência, as quais habitualmente se encontram nas áreas mais superiores dos pulmões. Já a respiração diafragmática espontânea tende a expandir melhor as áreas dependentes do pulmão, nas quais as atelectasias são mais frequentemente encontradas.

Sustentar cada respiração na capacidade pulmonar máxima permite a redistribuição do gás em áreas de baixa complacência. Essa redistribuição ocorre através das pequenas vias aéreas e dos canais colaterais de ventilação.

A ventilação mecânica não invasiva é um método de assistência ventilatória que pode ser aplicado via máscara facial ou nasal, e seus efeitos baseiam-se na restauração da capacidade residual funcional aos valores de pré-operatório e na melhora da oxigenação. Alguns estudos indicam que a CPAP (continuous positive airway pressure) parece ser mais eficiente que a cinesioterapia convencional, entretanto, a capacidade residual funcional deteriora em poucos minutos da interrupção da CPAP. A BiPAP (bilevel positive airway pressure) combina pressão suporte (PS) e PEEP (positive end-expiratory pressure) e podem ser aplicadas via máscara nasal ou facial. Essa forma de VMNI tem sido utilizada para tratar diversas patologias. A pressão de suporte permite o recrutamento de zonas alveolares colapsadas, resultando em uma distribuição mais homogênea da ventilação.

Além do mais, a PS minimiza o trabalho respiratório. Já a PEEP previne o colapso alveolar, melhorando a oxigenação e aumentando a capacidade residual funcional. A BiPAP também pode ser utilizada para restaurar a função pulmonar pós-operatória. Porém, lembramos mais uma vez que não se justifica o uso da pressão positiva apenas com fim profilático, pois, no caso dos pacientes submetidos a laparotomias, poderá piorar a indesejada distensão abdominal pela possibilidade de deglutição de ar durante o exercício, além de precipitar um processo de deiscência de sutura. O uso da pressão positiva deve pesar risco/benefício e, caso seja confirmada a indicação da VMNI, devem ser tomados alguns cuidados, como orientar o paciente a respirar da forma correta e até mesmo a passagem de sonda nasogástrica, ambas para minimizar os efeitos deletérios da aerofagia.

TÉCNICA DE EXPIRAÇÃO FORÇADA – TEF OU HUFFING

Técnica em que se realizam uma ou duas expirações forçadas com a glote aberta. Essa técnica tem sido bastante utilizada após a terapia de higiene brônquica com a finalidade de promover a expectoração. Por ser realizada com a glote aberta, não promove consequentemente um aumento importante da pres-são intrapleural, fato favorável, pois diminui a dor na tosse.

O treinamento da musculatura respiratória, pela utilização de recursos como o Threshold, fica reservado a pacientes que permaneceram muito tempo em ventilação mecânica no pós-operatório de difícil desmame ou para aqueles que apresentarem paresia diafragmática.

Em razão dos quadros de hipoventilação alveolar, diminuição da CRF, atelectasias, presença de shunt intrapulmonar e hipoxemia, alguns pacientes podem se beneficiar muito da aplicação da CPAP ou BiPAP. A aplicação da CPAP ou BiPAP pode ajudar muito no suporte ventilatório desses pacientes, promovendo uma melhora na complacência pulmonar, oxigenação arterial e diminuição do trabalho respiratório com melhora da CRF e da hipoxemia.

Pode ser aplicado com programa de CPAP de duas em duas horas ou por períodos maiores, quan-do bem sincronizado, mantendo PaO2 e SaO2 em níveis de normalidade. Em relação ao uso da respiração positiva intermitente (RPPI), os estudos envolvendo regimes de tratamento fisioterapêutico (cinesioterapia respiratória, inspirômetro de incentivo, RPPI ou CPAP) não apresentaram diferenças significativas em seus efeitos sob a recuperação dos parâmetros espirométricos e medidas dos gases arteriais nos pacientes submetidos a essas cirurgias. Portanto, indica-se a RPPI quando os recursos fisioterapêuticos mais simples não tiverem sucesso, nos casos de pacientes hipersecretivos com dificuldade para expectoração, em situações de pós-operatório com disfunção diafragmática ou em pacientes que apresentem confusão mental e dificuldade para entender solicitações verbais do fisioterapeuta.

2. CIRURGIA BARIÁTRICA

A obesidade é um estado que se caracteriza pelo acúmulo exagerado de gordura no tecido subcutâneo e em diferentes órgãos do corpo. A obesidade é evidente quando a porcentagem de gordura é maior do que a normal, e não somente pelo excesso de peso. Se uma pessoa está com o "peso normal", mas sua porcentagem de gordura é maior do que a normal, ela é considerada obesa. Quando esses valores elevados são associados ao risco de gerar doenças e/ ou a complicações que coloquem em perigo a vida do paciente, juntamente com a redução de sua expectativa de vida e o comprometimento da sua qualidade de vida física e psicológica, temos a chamada obesidade mórbida. A obesidade está entre as condições médicas de mais fácil diagnóstico e mais difícil tratamento, constituindo uma doença crônica e um sério problema de saúde pública.

As estatísticas indicam que, do total da população ocidental, 25% são medicamente considerados obesos (mais de 20% acima do peso ideal) e 9,5%, morbidamente obesos (mais de 50% acima do peso ideal). O número de indivíduos usando algum tipo de controle de peso chega a taxas de 60%. Estima-se que a prevalência da obesidade atinja cerca de 15 a 20% da população adulta brasileira, e 3 a 5% têm obesidade mórbida, ou seja, índice de massa corporal (IMC) maior que 40 kg/m2.

A obesidade mórbida não é somente um problema estético, é uma doença que gera outras patologias, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, embolias, infertilidade, infarto do miocárdio e alguns tipos de câncer, afetando a qualidade de vida de quem sofre com ela. No mundo é cada vez maior a incidência de obesidade mórbida e suas complicações.

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICA DA OBESIDADE

A opção do tratamento cirúrgico deve ser oferecida a pacientes obesos mórbidos que sejam bem informados, motivados e que aceitem os riscos da cirurgia. Com o avanço das técnicas cirúrgicas, que culminaram com melhores resultados de perda de peso e melhora das comorbidades, o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida vem se tornando uma opção com grande receptividade.

Contudo, muitos passaram a enxergar a cirurgia como uma maneira mágica e fácil de perder peso. Com isso, muitos pacientes com sobrepeso ou graus moderados de obesidade vão ao cirurgião bariátrico em busca de tratamento.

Portanto, tornou-se necessária a elaboração de critérios para a indicação correta de cirurgia para a obesidade. De acordo com as diretrizes propostas pelo National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference de 1991, as indicações para tratamento cirúrgico de obesidade mórbida são:

• IMC maior que 40 kg/m2 • IMC maior que 35 kg/m2; desde que associado a alguma comorbidade (hipertensão arterial, insuficiência respiratória, diabetes etc.) e que tenha sua situação clínica agravada pela obesidade.

• Obesidade estável há pelo menos cinco anos.

• Tratamento clínico prévio ineficaz (dietas, medicamentos, exercícios e psicoterapia).

• Ausência de distúrbios endócrinos ou endocrinopatias sob controle clínico.

• Pacientes sem dependência de álcool e/ou drogas.

• Compreensão dos riscos inerentes a uma cirurgia do porte proposto e possibilidade de seguimento pós-operatório precoce e tardio com a equipe cirúrgica.

ACORDE!

FISIOTERAPIA

O fisioterapeuta desempenha importante papel, atuando junto à equipe multidisciplinar, nos períodos pré e pós-operatório de diversas cirurgias. Especificamente, as cirurgias torácica e abdominal alta requerem maior atenção desse profissional por causa da alta incidência de complicações pulmonares no período pós-operatório. Essas complicações são geralmente agravadas pela presença de obesidade mórbida. Esses fatores são responsáveis por aumento da morbidade e mortalidade nesse período.

PRÉ – OPERATÓRIO

Nesse período, o fisioterapeuta tem o papel de identificar, pela história e pelo exame físico, quais os fatores de risco para a ocorrência de complicações. Essa avaliação permite orientar quanto aos exames complementares necessários que terão de ser requeridos, além de graduar o risco cirúrgico para determinado paciente, e com isso prepará-lo e orientá-lo na tentativa de prevenir complicações pulmonares e circulatórias, além de prepará-lo para melhor entendimento das fases pré, peri e pós-operatórias.

Didaticamente, os fatores de risco que podem predispor à ocorrência de complicações pulmonares no período pós-operatório estão divididos em anestésicos, cirúrgicos e clínicos. O fisioterapeuta orienta o paciente acerca do procedimento cirúrgico e da ventilação mecânica, da localização da incisão cirúrgica, da presença de drenos, assim como de todo o efeito sobre o sistema respiratório, enfatizando a importância da realização de exercícios respiratórios, tosse e a deambulação precoce para prevenção de complicações no período pós-operatório.

Além dessas orientações, o fisioterapeuta alerta sobre a importância da cessação do tabagismo, já que este representa um fator de alto risco para as complicações pulmonares na fase pós-operatória, por causa da diminuição da atividade mucociliar, do aumento da produção de muco, além de provocar estreitamento das vias aéreas (decorrente de processo inflamatório localizado) e levar a um aumento da reatividade brônquica não específica.

FIQUE
ATENTO!

Para pacientes portadores de doença pulmonar prévia, além do trabalho de orientação, pode ser realizado treinamento muscular respiratório ou treinamento aeróbio para preparar a musculatura respiratória.

O paciente submetido à cirurgia abdominal alta apresenta considerável dor na região operada, com consequente diminuição da expansibilidade torácica e da tosse ineficaz. Portanto, orientações podem ser consideradas quanto à importância da manutenção do padrão respiratório o mais próximo do normal e a efetividade da tosse. Os pacientes podem receber orientações e assistência quanto à realização de exercícios físicos que, aliados à orientação nutricional, poderão contribuir para a perda de peso e o aumento da capacidade aeróbia até a realização do procedimento cirúrgico.

INTRAOPERATÓRIO

Os fatores de risco cirúrgico podem variar de acordo com a localização e o tipo de incisão cirúrgica (causando alterações sobre a função pulmonar), o tempo de cirurgia (considera-se que cirurgias com duração maior que 210 minutos predispõem à ocorrência de complicações) e, ainda, se a cirurgia é eletiva ou de emergência.

Esses fatores independem da idade do paciente, da presença ou não de pneumopatia, tabagismo ou de outros fatores de risco clínicos. O uso da ventilação mecânica invasiva faz-se necessário durante o ato cirúrgico, em razão do emprego da anestesia geral. Portanto, é de fundamental importância o cálculo do peso ideal, para obtermos valores esperados, principalmente sobre o volume corrente. Podemos calcular o peso ideal pela fórmula de Lorentz:

$$\text{Peso ideal} = [(\text{estatura} - 150) \times 0{,}75)] + 50$$

Como de rotina, espera-se que o paciente apresente drive respiratório e nível de consciência adequados para que seja realizada a extubação ainda no centro cirúrgico.

PÓS – OPERATÓRIO – FASE INTRAHOSPITALAR

Na fase pós-operatória, durante a fase hospitalar, o fisioterapeuta pode realizar exercícios respiratórios que, quando iniciados precocemente no pós-operatório, podem reduzir a ocorrência de complicações pulmonares e os dias de permanência hospitalar.

É de grande importância a realização de manobras de higiene brônquica, já que esse paciente apresenta fatores relacionados à anestesia, à utilização de VM e à obesidade, como descrito anteriormente, que predispõem à ocorrência de complicações pulmonares. Entretanto, existem controvérsias sobre a eficácia de técnicas de higiene brônquica, por causa da presença de tecido adiposo abundante em região torácica.

Portanto, devemos avaliar se o emprego da tosse assistida já pode ser eficaz para otimizar a ventilação pulmonar. São realizados exercícios que estimulam a incursão diafragmática, associados a técnicas de reexpansão pulmonar, com o objetivo de manutenção dos volumes e capacidades pulmonares. Maior eficácia pode ser notada quando essas técnicas são realizadas ativamente, com total colaboração do paciente.

Podem ser realizados exercícios com inspiração máxima sustentada e inspiração em tempos, associados com inspirômetros de incentivo. A eficácia dessas técnicas vem sendo estudada por diversos autores, e os trabalhos têm apresentado resultados similares entre as três técnicas, no que diz respeito à diminuição da ocorrência de complicações pulmonares e à diminuição do tempo de permanência hospitalar.

O fisioterapeuta pode utilizar a ventilação mecânica não invasiva e exercícios com pressão positiva, desde o pós-operatório imediato até a alta hospitalar. O uso de pressão positiva no período pós-operatório tem a finalidade de aproximar os valores de volumes e capacidades pulmonares para mais próximos dos valores pré-operatórios, e pode ser considerado em casos de atelectasias, hipercapnia, quadro álgico intenso, sonolência e como indicação relativa para rebaixamento do nível de consciência.

TOME NOTA!

Deve-se promover a mobilização precoce com o objetivo de prevenir fenômenos tromboembólicos. Apesar de não existir um consenso claro para a melhor forma de prevenção dessa complicação, deve-se preconizar a ativação funcional precoce pós-operatória já no pós-operatório imediato. Essa ativação funcional deve ser gradual, iniciando-se pelo posicionamento sentado à beira do leito durante cerca de cinco minutos, seguido por treino em posição ortostática também realizado durante alguns minutos, preparando o paciente para deambulação no mesmo período. Portanto, enfatiza-se a ativação funcional precoce com verticalização corporal, marcha programada e controlada, visando ao maior rendimento físico e independência funcional.

Ainda, pode-se optar pela utilização de meias compressivas associadas a um compressor pneumático.

PÓS – OPERATÓRIO – APÓS A ALTA HOSPITALAR

Após a fase intra-hospitalar, tem início o processo de reabilitação, por meio da avaliação e prescrição individual de atividade física, totalmente supervisionada e com equipamentos adequados a esses pacientes. Deve haver critério para a prescrição do exercício em razão da presença de patologias associadas (doença coronariana, hipertensão, diabetes, osteoartrites etc.)

Podem ser realizados exercícios aeróbios visando à perda de peso e ao aumento da capacidade funcional, com consequente elevação do limiar anaeróbio. Será realizado trabalho com carga, visando ao aumento de massa muscular para reduzir a flacidez ocasionada pela perda de peso.

Após a cirurgia, quando ocorre perda de peso não aliada à atividade física, além da perda de tecido adiposo, pode ocorrer perda de tecido muscular, o que contribui ainda mais para o aumento da hipotonia e flacidez. Quando a perda de peso é associada à atividade física, há preservação e aumento da massa magra, o que pode refletir em perda de peso mais lenta e gradual. Essas atividades podem preparar o indivíduo para uma cirurgia plástica reparadora em fase mais tardia; em muitos casos, esse procedimento é desnecessário.

Nessa fase, é importante também o trabalho de orientação postural pela reeducação postural global (RPG), assim como o trabalho de percepção corporal, pois, em razão do excesso de peso, o paciente já apresenta uma postura inadequada que pode ser exacerbada com a rápida perda de peso. Portanto, o acompanhamento fisioterapêutico faz-se necessário, pois proporciona perda de peso mais adequada e balanceada, melhora dos hábitos de vida, melhora

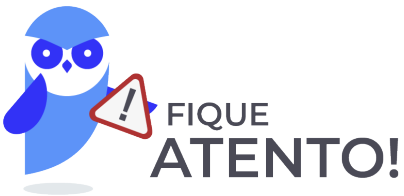
na qualidade de vida, aumento da autoestima, além da socialização com pacientes que enfrentam o mesmo problema.

3. CIRURGIA CARDÍACA

As repercussões no sistema respiratório da cirurgia cardíaca em adultos são bem descritas na literatura, assim como as causas pelas quais essa agressão ocorre em frequência e intensidade variáveis.

Atualmente, a fisioterapia tem se mostrado uma excelente terapêutica para esse tipo de paciente, tanto no sentido profilático como no terapêutico, o que torna essas repercussões mais amenas, proporcionando ao paciente uma condição mais próxima do favorável no que diz respeito ao estado clínico do sistema respiratório.

Inicialmente serão apresentadas todas as repercussões da cirurgia cardíaca pulmonar, assim como todo o arsenal fisioterapêutico existente que podemos aplicar esse tipo de paciente.



IMPACTO DA CIRURGIA CARDÍACA NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Podemos didaticamente dividir todos os fatores que podem causar alterações no sistema respiratório em três partes: fatores pertinentes aos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

FATORES PRÉ – OPERATÓRIOS

Os principais fatores nesse grupo são os antecedentes pulmonares, tabagismo, obesidade, idade e sexo.

Antecedentes pulmonares

Podemos salientar aqui os pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Os pacientes com essa doença têm maior risco de apresentar complicações pulmonares, principalmente aqueles com VEF1/CVF < 35% do predito. Entre as principais complicações estão as pneumonias que ocorrem em razão de um aumento da secreção traqueobrônquica, que leva à predisposição a infecções pulmonares; os broncoespasmos, que acontecem tanto por um aumento da secreção brônquica como por algum fator irritante existente no pós-operatório; e, por fim, a hipercapnia, haja vista que no pós-operatório existe uma redução da expansibilidade toracopulmonar potencializando um quadro de hipoventilação a que esses pacientes são acometidos por causa de sua própria doença.

Tabagismo

Pacientes tabagistas possuem um sistema de defesa deficitário, assim como um clearance mucociliar deficiente, ocasionando uma maior retenção de secreção brônquica, o que leva ao aparecimento mais frequente de quadros pulmonares infecciosos no período pós-operatório.

Obesidade

Nos pacientes obesos, observa-se um grande conteúdo abdominal, que pode causar restrição diafragmática levando consequentemente à hipoventilação e ao aparecimento de atelectasias em maior intensidade e frequência do que normalmente acontece. Além do abdome, observa-se caixa torácica mais rígida e "pesada", potencializando um quadro de hipoventilação alveolar com consequente aparecimento de atelectasias de grau variado.

Vale salientar aqui que indivíduos obesos já possuem capacidade pulmonar reduzida por uma queda da CRF à custa de uma diminuição do volume de reserva expiratório, o que determina uma característica crônica de hipoventilação.

Idade

O aumento na idade está diretamente relacionado a um decréscimo no recolhimento elástico dos pulmões, o que leva mais facilmente ao aparecimento de atelectasias. Além disso, o enfraquecimento dos músculos respiratórios e o enrijecimento dos arcos costais ocasionados pelo aumento da idade resultam em uma redução no grau de expansibilidade torácica, predispondo esses pacientes à insuficiência respiratória aguda.

FATORES INTRAOPERATÓRIOS

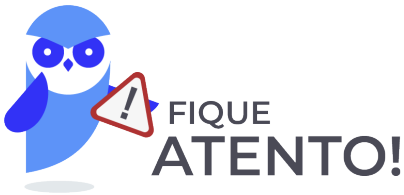
Nesse grupo de fatores incluem-se a anestesia geral, a dissecção da artéria mamária interna, a ventilação mecânica intraoperatória, a circulação extra-corpórea e a hipotermia.

Anestesia geral

Esse procedimento leva a uma redução do tônus dos músculos respiratórios, o que diminui o diâmetro da caixa torácica, tanto no sentido anteroposterior quanto no cefalocaudal (cefalização diafragmática), reduzindo em aproximadamente 60% a CRF, o que predispõe ao aparecimento de atelectasia e ao aumento do shunt pulmonar com consequente hipoxemia. Essas alterações estão intimamente relacionadas ao aparecimento de atelectasias no período pós-operatório, principalmente se encontramos associação com outros fatores, como a obesidade, que pode potencializar os efeitos da anestesia no sistema respiratório.

Dissecção da artéria mamária

Durante a cirurgia, para que se tenha acesso à artéria mamária, é necessário que o pulmão homolateral seja parcial ou totalmente comprimido. Esse procedimento leva ao colabamento do tecido pulmonar adjacente. Muitas vezes, esse colapso persiste após o procedimento, predispondo ao aparecimento de hipoxemia pós-operatória. Além disso, geralmente, durante a dissecção, ocorre lesão parcial ou total de nervo frênico, que ocasiona paresia ou paralisia de uma hemicúpula diafragmática, e leva à atelectasia e à hipoxemia.



Ventilação mecânica intraoperatória

Convencionalmente, a ventilação mecânica durante a cirurgia consiste na utilização de altos volumes correntes, em torno de 10 mL/kg de peso corpóreo, assim como da ausência de níveis de PEEP. Além desses fatores, a ventilação é totalmente parada durante o estabelecimento da circulação extracorpórea. Todas essas características ventilatórias citadas levam ao surgimento de atelectasias que perduram até o período pós-operatório e são responsáveis pelo aparecimento de atelectasias e hipoxemia no pós--operatório. Atualmente, passou a admitir-se o uso de baixos níveis da PEEP, porém ainda estamos distantes de atingir o nível ótimo de ventilação intraoperatória para prevenir alterações pulmonares no pós-operatório.

TOME NOTA!

Circulação extracorpórea

A exposição dos pacientes à CEC é hoje, sem dúvida alguma, um dos pontos mais importantes no mecanismo de deterioração da função pulmonar no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo responsável por cerca de 10 a 30% da morbidade após esse tipo de cirurgia. A lesão pulmonar causada pelo estabelecimento da CEC pode estar associada a um processo inflamatório gerado em parte pelo contato do sangue com as superfícies internas do circuito do aparelho que se expressa por ativação de complemento, liberação de endotoxinas, ativação leucocitária, liberação de radicais livres de oxigênio, ácido aracdônico, citocinas e outras substâncias, levando à alteração da permeabilidade capilar pulmonar, com aumento da água extravascular, redução do índice respiratório, aumento do gradiente alveoloarterial de oxigênio e do shunt pulmonar e graus variados de edema pulmonar.

Ao mesmo tempo, o processo de hemodiluição, com seu efeito na redução da pressão coloidosmótica, poderia levar a um aumento da água extravascular pulmonar, porém os estudos clínicos que avaliaram os efeitos pós-operatórios na função pulmonar após a CEC podem ter falhado pelas práticas de transfusão realizadas durante o estudo e pela pobre monitoração da pressão coloidosmótica no período pós-operatório, sendo necessários estudos mais objetivos que possam melhor correlacionar a hemodiluição à deterioração da função pulmonar.

PRESTE MAIS ATENÇÃO!

Hipotermia

Podemos considerar hipotermia quando a temperatura corpórea está abaixo de 35°C, hipotermia moderada quando esta se encontra entre 32 e 35°C, e hipotermia severa quando ela está abaixo de 28°C. Essa condição ocorre em algumas cirurgias cardiovasculares, de acordo com cada equipe cirúrgica. Essa redução da temperatura em nível torácico causa, principalmente, lesão de nervo frênico, o que leva a alterações na condução neural para diafragma, ocasionando redução ou ausência da mobilidade diafragmática correspondente a lesão.

FATORES PÓS – OPERATÓRIOS

Nesse grupo incluem-se a dor pós-operatória, a drenagem torácica e o balanço hídrico como fatores de maior importância.

TOME NOTA!

Dor pós-operatória

A dor pós-operatória tem origem totalmente multifatorial e pode ser causada pela incisão cirúrgica, cateteres intravasculares, tubos pleurais e mediastinais, assim como por procedimentos a que esses pacientes são submetidos, como aspiração de tubo orotraqueal. Portanto, a necessidade de uma otimização de analgesia principalmente nos primeiros dias de pós-operatório, para que se evitem repercussões como redução de expansibilidade torácica e consequente agravamento das atelectasias e de hipoxemia.

Drenagem torácica

A drenagem pleural é um procedimento comum em pacientes que são submetidos à revascularização do miocárdio com utilização da artéria mamária como enxerto. Esse procedimento provoca alterações na expansibilidade torácica por causa da dor e da restrição no hemitórax adjacente à drenagem.

Balanço hídrico

A hipervolemia (aumento do líquido intravascular) aumenta a pressão hidrostática e favorece a saída de líquido para o compartimento intersticial e, posteriormente, para os alvéolos (se persistir o aumento do volume intravascular), o que compromete profundamente as trocas gasosas em razão de uma elevação da espessura da membrana respiratória, com consequente hipoxemia e taquipneia, por estimulação dos receptores justo-alveolares que são sensíveis à quantidade de líquido intersticial.

A posição Trendelenburg a que esses pacientes são submetidos favorece um edema em vias aéreas, independentemente do balanço hídrico total no intraoperatório. Pacientes com tempo de cirurgia prolongado normalmente apresentam extravasamento de líquido por pelo menos 24 horas, o que pode ocasionar aumento no tempo de entubação, sendo indicada extubação apenas ao normalizar o estado volêmico desses pacientes.

Todos esses fatores, independentemente da fase operatória, ocasionam uma reação em cadeia, que se inicia com a redução da capacidade pulmonar total, promovida por uma redução da capacidade residual funcional à custa da queda do volume de reserva expiratório. Isso reduz o volume de fechamento, provoca o colapso alveolar e atelectasia, traduzindo-se clinicamente por hipoxemia de grau que varia de acordo com a intensidade do acometimento pulmonar.

FISIOTERAPIA

Atualmente, o fisioterapeuta dispõe de uma série de técnicas direcionadas ao atendimento do paciente que foi ou será submetido à cirurgia cardíaca. Além disso, existem mecanismos acessórios, como incentivadores respiratórios e utilização de ventilação por pressão positiva, que potencializam o efeito da fisioterapia, tornando-se coadjuvantes no atendimento a esse tipo de paciente.

Vale lembrar que a cirurgia cardíaca é considerada de grande porte e, em decorrência de inúmeras complicações (renais, hemodinâmicas e neurológicas), pode limitar algumas técnicas fisioterapêuticas. Por esse motivo, faz-se necessária uma avaliação detalhada antes de iniciar qualquer tipo de terapêutica, para que se possa delimitar a abordagem, a fim de proporcionar apenas benefícios, sem maiores intercorrências para o paciente em questão. Nessa fase deste capítulo, iremos explorar todos os itens de uma avaliação, assim como todas as técnicas fisioterapêuticas utilizadas, juntamente com todos os coadjuvantes no atendimento ao paciente cardiopata cirúrgico.

Avaliação clínica do paciente cardiopata cirúrgico

Antes de iniciarmos qualquer atendimento a esse tipo de paciente, é de extrema importância que o conheçamos por meio de uma avaliação clínica minuciosa, para que, dessa forma, possamos traçar nosso atendimento naquele momento. Dentro da propedêutica cardiológica normalmente utilizada, podemos citar as que se seguem.

Primeiro contato com o paciente

O paciente que foi submetido a um procedimento cirúrgico de grande porte, como uma cirurgia cardíaca, encontra-se na maioria das vezes em um grau alto de ansiedade, pelo medo de que aconteça algo de errado como complicações indesejáveis pela cirurgia. Nesses casos, é necessário que o fisioterapeuta mostre autoconfiança no que vai ser realizado e, mais do que nunca, descreva para o paciente tudo o que vai ser realizado naquela sessão de fisioterapia. Isso faz o paciente se sentir protegido e tranquilo para que os procedimentos possam ser realizados de forma adequada, obtendo assim o máximo da eficácia em cada técnica.

Ouvir o paciente em relação aos seus anseios e suas queixas (p. ex., dor) é também um fator importante para que possamos fazer um atendimento de forma correta.

Exame físico

É de extrema importância um exame físico detalhado do paciente antes do início do atendimento. Esse exame consiste dos seguintes itens:

1. Inspeção: utilizada para visualizar a situação dos drenos torácicos, assim como sua drenagem; a situação da incisão cirúrgica, observando a presença de saída de fluidos, assim como de deiscência; a localização normal de cateteres vasculares; o padrão respiratório adotado pelo paciente (predominância de padrão ou presença de padrão patológico como paradoxal); a presença de edemas em membros inferiores; e a situação da incisão no membro inferior e/ou braço para a retirada de enxertos.

2. Palpação: nesse item, busca-se a presença de instabilidade de esterno; avaliação da dor à palpação.

3. Percussão: utilizada principalmente para avaliar alterações pulmonares observando-se a presença de derrames pleurais ou pneumotórax. Vale salientar que, se detectada alguma alteração pela percussão, esta deve ser confirmada com exame mais detalhado, como a radiologia de tórax.

4. Ausculta pulmonar: bastante utilizada pela fisioterapia, trata-se de uma ferramenta indispensável no atendimento ao paciente crítico. Quando realizada de forma correta, conseguem-se detectar de forma eficiente alterações como atelectasias, derrames pleurais, pneumotórax, secreção brônquica, hipervolemia. Dessa forma, temos no exame físico a ausculta pulmonar como o instrumento mais importante para determinar o sentido para que o atendimento fisioterapêutico seja realizado da forma mais correta possível.

Sinais e sintomas

É importante o questionamento de sinais e sintomas antes do início do atendimento. A tosse é um sintoma comum em pacientes no pós-operatório, porém, frequentemente, eles negam a presença desse sintoma ao fisioterapeuta, pelo fato de causar-lhes dor torácica. No entanto, faz-se necessária a solicitação de tosse para avaliar a presença de escarro, assim como de sua cor e sua viscosidade.

A taquipneia/ taquidispneia é encontrada nesses pacientes muitas vezes apenas como uma compensação da redução da expansibilidade na tentativa de se manter um volume minuto adequado. Porém, algumas vezes, o aumento da frequência respiratória com ou sem assessoramento muscular acontece por causa do aumento da resistência de vias aéreas que ocorre por causa da hipervolemia e hipersecreção brônquica.

Vale salientar que a taquipneia compensatória deve ser encarada de forma diferente em pacientes com antecedentes pulmonares como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), pois esses pacientes podem evoluir facilmente com insuficiência respiratória moderada, por serem muito mais suscetíveis à fadiga muscular respiratória quando comparados com indivíduos normais.

CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS

Geralmente, os principais objetivos na fase pós-operatória são promover a reexpansão de tecido pulmonar colapsado, manter adequada ventilação pulmonar, auxiliar a remoção de secreção brônquica e dar assistência no posicionamento no leito. Além disso, faz parte do

atendimento a manutenção de oxigenoterapia adequada, assim como de uma boa umidificação das vias aéreas.

TOME NOTA!

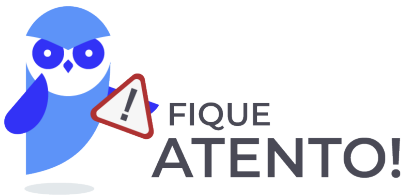
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA REEXPANSIVA

Pacientes que são submetidos à cirurgia cardíaca estão hipoativos e com o grau de expansibilidade extremamente reduzido. Com esses fatores, as perdas de suspiros fisiológicos determinam uma tendência ao aparecimento de atelectasias, principalmente em regiões inferiores (dependentes) dos pulmões. Por isso, o paciente deve ser encorajado a realizar exercícios que determinem um aumento da capacidade pulmonar total, revertendo, dessa forma, graus variados de colapso alveolar que possam estar ocorrendo em razão da hipoventilação.

Dentre os exercícios respiratórios ditos reexpansivos, podemos citar os seguintes: reeducação diafragmática, respiração em dois e três tempos, sustentação máxima da inspiração (SMI) por pelo menos seis segundos e exercícios respiratórios associados a membros superiores.

A manobra de descompressão torácica não seria aconselhável nos primeiros dias de pós-operatório, tanto pela dor que ocasionaria como pelo risco de instabilidade do esterno. Vale salientar que muitas vezes torna-se difícil a realização desses exercícios respiratórios por causa da presença de dor incisional ou no local dos drenos torácicos. Por esse motivo, é de suma

importância que haja uma interação da equipe multidisciplinar na analgesia, antes e após a terapia.



FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA DESOBSTRUTIVA

Todos os fatores discutidos anteriormente levam a uma deficiência da atividade mucociliar com redução da mobilização de muco nas vias aéreas, que, associada à deficiência do mecanismo de tosse, determina acúmulo de secreções que, se não forem expelidas, predispõem a um risco aumentado de infecção pulmonar. Dessa forma, as manobras de higiene brônquica tornam-se necessárias para manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

Podemos citar algumas técnicas de higiene brônquica: tapotagem, vibrocompressão torácica, técnica de expiração forçada (huffing) e aspiração de vias aéreas. Assim como técnicas de alteração de fluxo respiratório como a Drenagem Autógena e a Ciclo Ativo da Respiração (CAR).

A tapotagem só deverá ser realizada após a liberação de decúbito lateral pela equipe médica, e acontece geralmente após o terceiro dia de pós-operatório, pois antes disso há o risco aumentado de instabilidade de esterno.

A vibrocompressão deve ser realizada com cautela, respeitando sempre o limite de dor do paciente que está sendo tratado.

O huffing é uma técnica bastante eficiente para remoção de secreções por ser realizada com certa facilidade pelos pacientes, o que gera fluxo suficiente com a glote aberta, facilitando a mobilização do escarro pelas vias aéreas.

A aspiração de vias aéreas deve ser realizada apenas em casos extremos em que haja a incapacidade de remoção de secreção pelo próprio paciente mesmo após a realização da fisioterapia.

A drenagem autógena (DA) utiliza inspirações e expirações lentas, de forma ativa, controladas pelo paciente, iniciando no volume de reserva expiratório até o volume de reserva inspiratório. Dessa forma tenta-se a mobilização, inicialmente, de secreções de vias aéreas distais e posteriormente de vias aéreas mais proximais. A manobra visa maximizar o fluxo de ar nas vias aéreas para melhorar a eliminação do muco e da ventilação pulmonar, sendo uma combinação de controle respiratório em vários níveis de volumes pulmonares. A DA apresenta a limitação de necessitar da colaboração efetiva do paciente.

Já o Ciclo Ativo da Respiração (CAR) é uma técnica é uma combinação de técnicas de expiração forçada, controle da respiração, exercícios de expansão torácica. Dessa forma, a técnica de ciclo ativo da respiração (CAR) é efetiva na remoção de secreções, evitando o efeito indexável de obstrução do fluxo aéreo, que pode estar presente durante a terapia de expiração forçada isolada.

Método de execução: O paciente pode estar sentado ou em decúbitos ou posições específicas de drenagem. A sequência da combinação compreende: relaxamento e controle da respiração, três a quatro exercícios de expansão torácica, relaxamento e controle respiratório, repetir três a quatro exercícios de expansão torácica, repetir o controle da respiração e relaxamento, executar uma ou duas técnicas de expiração forçada, terminar com o controle da respiração e relaxamento.

FISIOTERAPIA MOTORA

A mobilização precoce no leito deve ser instituída como terapêutica profilática de fenômenos tromboembólicos (TEP, TVP), por favorecer uma ativação da micro e macrocirculação, evitando-se agregação plaquetária e formação de trombos nos membros. Deve ser estimulada a mobilização de membros inferiores e superiores, assim como ortostatismo e deambulação, o mais precocemente possível.

USO DE INCENTIVADORES RESPIRATÓRIOS

Atualmente, o uso de incentivadores tem sido amplamente utilizado para pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. No entanto, estudos científicos indicam que a utilização desses dispositivos, especificamente os que funcionam por geração de fluxo, não demonstra eficácia na respiração, funcionando mais como marcadores de função pulmonar desses pacientes.

QUESTÕES COMENTADAS

1. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapeuta - Terapia Intensiva - (HUPEST-UFSC) – 2016)

Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta. O exercício respiratório diafragmático está indicado nos processos restritivos principalmente no pós-operatório (PO) de cirurgias torácicas (pulmonar e cardíaca) e abdominal alta, portanto:

I. Pode ser utilizado em várias posições.

II. Na posição sentada com estímulo manual pode gerar altos volumes pulmonares.

III. Em doença pulmonar obstrutiva crônica estudos apontam que é capaz de alterar o padrão respiratório, aumentando o movimento abdominal.

IV. Sempre deve ser executado em pacientes no pós-operatório imediato (POI) e logo após a extubação.

Estão corretas as afirmativas:

A. II e IV apenas
B. I e IV apenas
C. I, II e III apenas
D. II, III e IV apenas
E. IV apenas

COMENTÁRIO: As 3 primeiras afirmativas estão corretas. A única alternativa errada é a afirmativa IV.

Isto porque, não deverá ser utilizado no POI logo após a extubação, deve-se esperar o paciente estar estável.

GABARITO C

2. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapeuta - Terapia Intensiva (HUAP-UFF) – 2016)

Assinale a alternativa correta. Paciente do sexo masculino, de 30 anos, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no 2° PO (pós-operatório) de cirurgia abdominal em choque hipovolêmico, apresenta gasometria arterial: PH=7,25; $PaCO_2$ =25mmHg; HCO3- =10,7 mEq/L. O distúrbio primário é:

A. acidose metabólica
B. alcalose metabólica
C. acidose respiratória
D. alcalose respiratória
E. alcalose respiratória compensada

COMENTÁRIO: Bem, vamos analisar:

- Referência de Ph (7,35 – 7,45) – o paciente está com o Ph baixo, então trata-se de Acidose.
- A causa não é respiratória, pois o histórico do paciente é PO e choque hipovolêmico. Portanto, trata-se de causa metabólica.

GABARITO A

3. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapia Respiratória - HUPEST-UFSC – 2016)

Analise as afirmativas abaixo, dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F) e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo nas afirmações sobre a prevenção do aparecimento de trombose venosa (TVP) e do tromboembolismo pulmonar (TEP) em pacientes pré-dispostos.

( ) Os exercícios devem ser iniciados em todos os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), principalmente em pré-operatório de cirurgias de grande porte, nos pós-operatórios (PO) e politraumatizados.

( ) Deve ser iniciada especialmente com movimentação dos membros inferiores e liberação dos pacientes para deambulação precoce.

( ) Todos os pacientes internados em UTI devem ter os membros inferiores ser elevados em 30°, para melhora do retorno venoso.

( ) O uso de meias ou bandagens elásticas devem ser incentivado.

A sequência correta é:

A. V-V-F-V
B. F-F-F-V
C. V-F-F-V
D. F-F-F-F
E. V-V-V-V

COMENTÁRIO: Vamos analisar as afirmativas:

( ) Os exercícios devem ser iniciados em todos os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), principalmente em pré-operatório de cirurgias de grande porte, nos pós-operatórios (PO) e politraumatizados.

VERDADEIRA.

( ) Deve ser iniciada especialmente com movimentação dos membros inferiores e liberação dos pacientes para deambulação precoce.

VERDADEIRA.

( ) Todos os pacientes internados em UTI devem ter os membros inferiores ser elevados em 30°, para melhora do retorno venoso.

FALSA. Todos os pacientes internados na UTI devem manter a cabeceira elevada entre 30° e 45°. E não a perna elevada.

( ) O uso de meias ou bandagens elásticas devem ser incentivado.

VERDADEIRA.

GABARITO A

4. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapeuta - Respiratória (HUAP-UFF) – 2016)

Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta. Considerando a cirurgia abdominal, particularmente a laparotomia que está associada a significantes alterações na mecânica respiratória, nos volumes, nas capacidades e nos mecanismos de defesa pulmonar.

I. A fisioterapia é importante para prevenir e tratar as complicações pulmonares advindas dessa cirurgia.

II. Após a cirurgia ocorre diminuição de aproximadamente 40 a 50% dos volumes e capacidades pulmonares em relação aos valores pré-operatórios.

III. A diminuição dos volumes e capacidades pulmonares se reverte em 24 horas após a cirurgia.

IV. A tosse eficaz está preservada na grande maioria dos casos pois a incisão cirúrgica é alta e a prensa abdominal é baixa.

Estão corretas as afirmativas:

A. I e II apenas
B. II e IV apenas
C. III e IV apenas
D. I, II, III apenas
E. V apenas

COMENTÁRIO: As afirmativas I e II estão corretas, mas a III e IV não.

III. A diminuição dos volumes e capacidades pulmonares se reverte em 24 horas após a cirurgia.

ERRADA. Pode levar vários dias e pode até piorar se não forem feitos exercícios respiratórios.

IV. A tosse eficaz está preservada na grande maioria dos casos pois a incisão cirúrgica é alta e a prensa abdominal é baixa.

ERRADA. A tosse não estará preservada, pois a incisão compromete a pinça e a dor limita a capacidade de tossir do paciente.

GABARITO A

5. (VUNESP - 2019 - UNIFAI - Orientador de Estágio de Fisioterapia – 2019)

Pacientes que realizaram cirurgia abdominal alta correm risco de desenvolver complicações pulmonares pós-operatórias. A dor pós-operatória geralmente é maior após cirurgia abdominal do que na cirurgia torácica. Esse fato é resultante de:

A. hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse ineficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver pneumonia ou atelectasia.
B. hiperventilação (a capacidade vital é aumentada em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse ineficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver pneumonia ou atelectasia.
C. hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse eficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver bronquite ou derrame pleural.
D. hiperventilação (a capacidade vital é aumentada em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse eficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver bronquite ou derrame pleural.
E. hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 75% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse eficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver bronquite ou atelectasia.

COMENTÁRIO: A explicação correta encontra-se na alternativa A: hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse ineficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver pneumonia ou atelectasia.

GABARITO A

6. (FUNCAB - 2016 - EMSERH - Fisioterapeuta – 2016)

Cirurgias como toracotomias, laparotomias e cirurgias cardíacas, eventualmente provocam atelectasias e derrames pleurais nos pulmões. Fisioterapeutas têm utilizado técnicas para melhorar a ventilação pulmonar destes doentes. Sobre isto é correto afirmar que:

A. o valor recomendado de aumento de volume corrente através da técnica de hiperinsuflação pulmonar é de 50% do basal.
B. a pressão alveolar torna-se negativa durante o CPAP e isto gera aumento de volume corrente.
C. drenagem autogênica foi desenvolvida na Bélgica, não visa à expectoração de secreção e o paciente é treinado a respirar em 2 fases com 4 diferentes volumes pulmonares.
D. breath-stacking consiste em inspirações sucessivas através de uma válvula unidirecional, com bloqueio do ramo expiratório.
E. espirometria de incentivo aumenta a ventilação pulmonar pelo aumento das pressões alveolares.

COMENTÁRIO: A alternativa correta é a letra D: breath-stacking consiste em inspirações sucessivas através de uma válvula unidirecional, com bloqueio do ramo expiratório.

Saiba mais: um método alternativo para estimar a CV em indivíduos pouco cooperativos chamado de *breath stacking*. O método mostrou-se eficaz para o objetivo proposto e ainda permitiu a obtenção de uma expansão pulmonar máxima com mínima colaboração do paciente.

A técnica de Breath-Stacking é um método alternativo de incentivo à inspiração, onde utiliza-se uma válvula unidirecional, com o ramo expiratório ocluído, acoplada a uma interface (máscara, bucal) ao rosto do paciente.

GABARITO D

7. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

As complicações pulmonares mais frequentemente observadas no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular são o pneumotórax e a traqueomalacia.

COMENTÁRIO: As complicações mais comuns serão a atelectasia e pneumonia.

GABARITO ERRADO

8. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

Entre as complicações cardíacas, as mais frequentemente observadas no paciente submetido à cirurgia em apreço são as lesões valvares e aórticas.

COMENTÁRIO: É muito raro haver esse tipo de complicação. As mais comuns será taquipneia e hipervolemia.

GABARITO ERRADO

9. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

O treinamento muscular respiratório no período pré-operatório demonstrou ser eficiente para redução de complicações pulmonares no período pós-operatório de cirurgia cardiovascular.

COMENTÁRIO: Isso mesmo. O pré operatório é fundamental nestes casos.

GABARITO CERTO

10. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

Entre as complicações não cardíacas no período pós-operatório do paciente submetido à referida cirurgia, as complicações renais e gastrointestinais são as mais prevalentes e, por isso, devem ser prevenidas pela atuação da fisioterapia.

COMENTÁRIO: As mais comuns serão respiratórias.

GABARITO ERRADO

11. (FCC - 2016 - TRT - 23ª REGIÃO (MT) - Analista Judiciário - Fisioterapia – 2016)

É uma patologia lombar considerada emergência cirúrgica absoluta:

A. Ciática que não responde ao tratamento conservador por, pelo menos, seis semanas.
B. Síndrome da cauda equina.
C. Ciática que não responde ao tratamento conservador e apresenta déficit motor maior que grau 3.
D. Ciática com dor radicular associada à estenose óssea foraminal.
E. Ciatalgia crônica.

COMENTÁRIO: Será uma urgência a síndrome da cauda equina, pois indica que há comprometimento dentro do canal vertebral.

GABARITO B

12. (CESPE - 2018 - HUB - Fisioterapia – 2018)

A respeito da síndrome da rede axilar (SRA), possível complicação de procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de neoplasia mamária, julgue o item a seguir.

A etiologia da referida síndrome provavelmente relaciona-se a trauma cirúrgico em veias e vasos linfáticos, estase e hipercoagulabilidade.

COMENTÁRIO: Isso mesmo.

GABARITO CERTO

13. (UPENET/IAUPE - 2017 - UPE - Fisioterapeuta – 2017)

Um homem de 58 anos de idade foi admitido numa emergência cardiológica, com sintomatologia de infarto agudo do miocárdio, sendo encaminhado para uma cirurgia cardíaca de revascularização. A partir de 48h do período pós-cirúrgico até a alta hospitalar, qual das alternativas abaixo apresenta o tipo de conduta que deve fazer parte do protocolo de reabilitação cardiopulmonar multiprofissional para esse paciente?

A. Exercícios autocontrolados, com intensidade realizada, segundo a escala de Borg.
B. Exercícios de respiração, alongamentos e de movimentação progressiva, passiva a ativa, e caminhadas de intensidade leve.
C. Exercício aeróbico para alcance de frequência cardíaca entre 70% a 90% da frequência cardíaca máxima alcançada no último teste ergométrico realizado pelo paciente.
D. Exercícios de fortalecimento muscular, iniciados gradativamente, com cargas leves e progredidos ao longo das sessões.
E. Exercícios ativos e resistidos de mobilização de membros superiores e exercícios respiratórios.

COMENTÁRIO: A alternativa correta é a letra B: Exercícios de respiração, alongamentos e de movimentação progressiva, passiva a ativa, e caminhadas de intensidade leve.

GABARITO B

14. (NC-UFPR - 2010 - HC-UFPR - Residência Multiprofissional - Fisioterapia – 2010)

Entre as principais complicações no aparelho respiratório no pós-operatório das cirurgias abdominais do tipo laparotomia, está:

A. a sepse de foco abdominal pela incisão e tempo de procedimento, que leva à pneumonia nosocomial.
B. a infecção de parede, que leva à diminuição do mecanismo de tosse.
C. a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, predispondo ao aparecimento de atelectasias.
D. o tempo de anestesia prolongado, que leva ao aumento do tônus brônquico.

COMENTÁRIO: A alternativa correta é a letra C: a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, predispondo ao aparecimento de atelectasias.

Guarde esta informação, pois ela é muito importante e te ajudará a resolver várias questões.

GABARITO C

15. (AMEOSC - 2016 - Prefeitura de Palma Sola - SC - Fisioterapeuta – 2016)

Com relação às intervenções fisioterápicas nos pacientes em pós-operatória de cirurgias abdominais altas, é incorreto o que se afirma em:

A. As complicações mais comuns encontradas no pós-operatório são aquelas onde os indivíduos desenvolvem padrão restritivo de disfunção pulmonar relacionado à atelectasia e ao aumento do movimento do diafragma.
B. As complicações respiratórias podem ser minimizadas ou evitadas com a utilização de um protocolo de atendimento de fisioterapia respiratória.
C. A eficácia da fisioterapia respiratória durante o período pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias abdominais altas inclui a reversão de atelectasias e a melhora na saturação de oxigênio.
D. Se realizada de maneira profilática, a fisioterapia respiratória também parece reduzir a incidência de pneumonia em pacientes de alto risco submetidos a cirurgias abdominais alta.

COMENTÁRIO: Está incorreta a alternativa A, mais precisamente a ultima parte, que fala sobre o aumento do movimento do diafragma. Isto porque, no pós – operatório a excursão diafragmática estará reduzida.

GABARITO A

16. (LEGALLE Concursos - 2015 - Prefeitura de Joaçaba - SC - Fisioterapeuta – 2015)

Os incentivadores inspiratórios NÃO podem ser usados como auxiliares no atendimento fisioterapêutico do paciente em pós-operatório de cirurgia torácica, em caso de

A. Atelectasia.
B. Pneumotórax drenado.
C. Paralisia diafragmática.
D. Pneumonia.
E. Derrame pleural drenado.

COMENTÁRIO: No caso de paralisia diafragmática, pois o paciente não conseguirá manter a ventilação sem auxilio ventilatório.

GABARITO C

LISTA DE QUESTÕES

1. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapeuta - Terapia Intensiva - (HUPEST-UFSC) – 2016)

Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta. O exercício respiratório diafragmático está indicado nos processos restritivos principalmente no pós-operatório (PO) de cirurgias torácicas (pulmonar e cardíaca) e abdominal alta, portanto:

I. Pode ser utilizado em várias posições.

II. Na posição sentada com estímulo manual pode gerar altos volumes pulmonares.

III. Em doença pulmonar obstrutiva crônica estudos apontam que é capaz de alterar o padrão respiratório, aumentando o movimento abdominal.

IV. Sempre deve ser executado em pacientes no pós-operatório imediato (POI) e logo após a extubação.

Estão corretas as afirmativas:

A. II e IV apenas
B. I e IV apenas
C. I, II e III apenas
D. II, III e IV apenas
E. IV apenas

2. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapeuta - Terapia Intensiva (HUAP-UFF) – 2016)

Assinale a alternativa correta. Paciente do sexo masculino, de 30 anos, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no 2° PO (pós-operatório) de cirurgia abdominal em choque hipovolêmico, apresenta gasometria arterial: PH=7,25; $PaCO_2$ =25mmHg; HCO3- =10,7 mEq/L. O distúrbio primário é:

A. acidose metabólica
B. alcalose metabólica
C. acidose respiratória
D. alcalose respiratória
E. alcalose respiratória compensada

3. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapia Respiratória - HUPEST-UFSC – 2016)

Analise as afirmativas abaixo, dê valores Verdadeiro (V) ou Falso (F) e assinale a alternativa que apresenta a sequência correta de cima para baixo nas afirmações sobre a prevenção do aparecimento de trombose venosa (TVP) e do tromboembolismo pulmonar (TEP) em pacientes pré-dispostos.

( ) Os exercícios devem ser iniciados em todos os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), principalmente em pré-operatório de cirurgias de grande porte, nos pós-operatórios (PO) e politraumatizados.

( ) Deve ser iniciada especialmente com movimentação dos membros inferiores e liberação dos pacientes para deambulação precoce.

( ) Todos os pacientes internados em UTI devem ter os membros inferiores ser elevados em 30°, para melhora do retorno venoso.

( ) O uso de meias ou bandagens elásticas devem ser incentivado.

A sequência correta é:

A. V-V-F-V
B. F-F-F-V
C. V-F-F-V
D. F-F-F-F
E. V-V-V-V

4. (IBFC - 2016 - EBSERH - Fisioterapeuta - Respiratória (HUAP-UFF) – 2016)

Leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta. Considerando a cirurgia abdominal, particularmente a laparotomia que está associada a significantes alterações na mecânica respiratória, nos volumes, nas capacidades e nos mecanismos de defesa pulmonar.

I. A fisioterapia é importante para prevenir e tratar as complicações pulmonares advindas dessa cirurgia.

II. Após a cirurgia ocorre diminuição de aproximadamente 40 a 50% dos volumes e capacidades pulmonares em relação aos valores pré-operatórios.

III. A diminuição dos volumes e capacidades pulmonares se reverte em 24 horas após a cirurgia.

IV. A tosse eficaz está preservada na grande maioria dos casos pois a incisão cirúrgica é alta e a prensa abdominal é baixa.

Estão corretas as afirmativas:

A. I e II apenas
B. II e IV apenas
C. III e IV apenas
D. I, II, III apenas

E. V apenas

5. (IBFC - 2019 - SESACRE - Fisioterapeuta – 2019)

Uma mulher com 45 anos, após intervenção cirúrgica de abdominoplastia para redução da flacidez abdominal, comparece ao consultório do fisioterapeuta especializado em dermatofuncional. Em relação a essa paciente, o fisioterapeuta decide tomar as seguintes providências.

I. Elaborar um programa de tratamento após anamnese e avaliação minuciosa.

II. Definir os recursos fisioterapêuticos que melhoram a circulação veno-linfática.

III. Prescrever anti-inflamatórios e anestésicos para iontoforese.

Segundo o Código de Ética Profissional da Fisioterapia, aprovado em 1978, é(são) proibida(s) ao Fisioterapeuta a(s) certa(s) providência(s). A esse respeito, assinale a alternativa correta.

A. Apenas a afirmativa I está correta
B. Apenas a afirmativa II está correta
C. Apenas a afirmativa III está correta
D. Apenas as afirmativas II e III estão corretas

6. (VUNESP - 2019 - UNIFAI - Orientador de Estágio de Fisioterapia – 2019)

Pacientes que realizaram cirurgia abdominal alta correm risco de desenvolver complicações pulmonares pós-operatórias. A dor pós-operatória geralmente é

maior após cirurgia abdominal do que na cirurgia torácica. Esse fato é resultante de

A. hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse ineficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver pneumonia ou atelectasia.
B. hiperventilação (a capacidade vital é aumentada em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse ineficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver pneumonia ou atelectasia.
C. hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse eficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver bronquite ou derrame pleural.
D. hiperventilação (a capacidade vital é aumentada em 55% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse eficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver bronquite ou derrame pleural.
E. hipoventilação (a capacidade vital é diminuída em 75% nas primeiras 24 a 48 horas após a cirurgia), tosse eficaz, colocando o paciente em risco de desenvolver bronquite ou atelectasia.

7. (FUNCAB - 2016 - EMSERH - Fisioterapeuta – 2016)

Cirurgias como toracotomias, laparotomias e cirurgias cardíacas, eventualmente provocam atelectasias e derrames pleurais nos pulmões. Fisioterapeutas têm utilizado técnicas para melhorar a ventilação pulmonar destes doentes. Sobre isto é correto afirmar que:

A. o valor recomendado de aumento de volume corrente através da técnica de hiperinsuflação pulmonar é de 50% do basal.
B. a pressão alveolar torna-se negativa durante o CPAP e isto gera aumento de volume corrente.
C. drenagem autogênica foi desenvolvida na Bélgica, não visa à expectoração de secreção e o paciente é treinado a respirar em 2 fases com 4 diferentes volumes pulmonares.

D. breath-stacking consiste em inspirações sucessivas através de uma válvula unidirecional, com bloqueio do ramo expiratório.
E. espirometria de incentivo aumenta a ventilação pulmonar pelo aumento das pressões alveolares.

8. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

As complicações pulmonares mais frequentemente observadas no pós-operatório de pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular são o pneumotórax e a traqueomalacia.

9. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

Entre as complicações cardíacas, as mais frequentemente observadas no paciente submetido à cirurgia em apreço são as lesões valvares e aórticas.

10. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

O treinamento muscular respiratório no período pré-operatório demonstrou ser eficiente para redução de complicações pulmonares no período pós-operatório de cirurgia cardiovascular.

11. (CESPE - 2018 - EBSERH - Fisioterapeuta - Fisioterapia Respiratória – 2018)

A respeito da atuação da fisioterapia nos períodos pré- e pós-operatório de cirurgia cardiovascular, que tem demonstrado ser de extrema importância na redução de eventuais complicações, e de complicações clínicas comumente observáveis em pacientes submetidos a esse tipo de cirurgia, julgue o próximo item.

Entre as complicações não cardíacas no período pós-operatório do paciente submetido à referida cirurgia, as complicações renais e gastrointestinais são as mais prevalentes e, por isso, devem ser prevenidas pela atuação da fisioterapia.

12. (FCC - 2016 - TRT - 23ª REGIÃO (MT) - Analista Judiciário - Fisioterapia – 2016)

É uma patologia lombar considerada emergência cirúrgica absoluta:

A. Ciática que não responde ao tratamento conservador por, pelo menos, seis semanas.
B. Síndrome da cauda equina.
C. Ciática que não responde ao tratamento conservador e apresenta déficit motor maior que grau 3.
D. Ciática com dor radicular associada à estenose óssea foraminal.
E. Ciatalgia crônica.

13. (CESPE - 2018 - HUB - Fisioterapia – 2018)

A respeito da síndrome da rede axilar (SRA), possível complicação de procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de neoplasia mamária, julgue o item a seguir.

A etiologia da referida síndrome provavelmente relaciona-se a trauma cirúrgico em veias e vasos linfáticos, estase e hipercoagulabilidade.

14. (UPENET/IAUPE - 2017 - UPE - Fisioterapeuta – 2017)

Um homem de 58 anos de idade foi admitido numa emergência cardiológica, com sintomatologia de infarto agudo do miocárdio, sendo encaminhado para uma cirurgia cardíaca de revascularização. A partir de 48h do período pós-cirúrgico até a alta hospitalar, qual das alternativas abaixo apresenta o tipo de conduta que

deve fazer parte do protocolo de reabilitação cardiopulmonar multiprofissional para esse paciente?

A. Exercícios autocontrolados, com intensidade realizada, segundo a escala de Borg.
B. Exercícios de respiração, alongamentos e de movimentação progressiva, passiva a ativa, e caminhadas de intensidade leve.
C. Exercício aeróbico para alcance de frequência cardíaca entre 70% a 90% da frequência cardíaca máxima alcançada no último teste ergométrico realizado pelo paciente.
D. Exercícios de fortalecimento muscular, iniciados gradativamente, com cargas leves e progredidos ao longo das sessões.
E. Exercícios ativos e resistidos de mobilização de membros superiores e exercícios respiratórios.

15. (NC-UFPR - 2010 - HC-UFPR - Residência Multiprofissional - Fisioterapia – 2010)

Entre as principais complicações no aparelho respiratório no pós-operatório das cirurgias abdominais do tipo laparotomia, está:

A. a sepse de foco abdominal pela incisão e tempo de procedimento, que leva à pneumonia nosocomial.
B. a infecção de parede, que leva à diminuição do mecanismo de tosse.
C. a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares, predispondo ao aparecimento de atelectasias.
D. o tempo de anestesia prolongado, que leva ao aumento do tônus brônquico.

16. (AMEOSC - 2016 - Prefeitura de Palma Sola - SC - Fisioterapeuta – 2016)

Com relação às intervenções fisioterápicas nos pacientes em pós-operatória de cirurgias abdominais altas, é incorreto o que se afirma em:

A. As complicações mais comuns encontradas no pós-operatório são aquelas onde os indivíduos desenvolvem padrão restritivo de disfunção pulmonar relacionado à atelectasia e ao aumento do movimento do diafragma.
B. As complicações respiratórias podem ser minimizadas ou evitadas com a utilização de um protocolo de atendimento de fisioterapia respiratória.
C. A eficácia da fisioterapia respiratória durante o período pós-operatório em pacientes submetidos a cirurgias abdominais altas inclui a reversão de atelectasias e a melhora na saturação de oxigênio.
D. Se realizada de maneira profilática, a fisioterapia respiratória também parece reduzir a incidência de pneumonia em pacientes de alto risco submetidos a cirurgias abdominais alta.

17. (LEGALLE Concursos - 2015 - Prefeitura de Joaçaba - SC - Fisioterapeuta – 2015)

Os incentivadores inspiratórios NÃO podem ser usados como auxiliares no atendimento fisioterapêutico do paciente em pós-operatório de cirurgia torácica, em caso de

A. Atelectasia.
B. Pneumotórax drenado.
C. Paralisia diafragmática.
D. Pneumonia.
E. Derrame pleural drenado.

GABARITO

GABARITO

01. C
02. A
03. A
04. A
05. A
06. D
07. ERRADA
08. ERRADA
09. CERTA
10. ERRADA
11. B
12. CERTA
13. B
14. C
15. A
16. C

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1. Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.

Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.