

Artigo original**Incidência de patologia respiratória em portadores de refluxo gastroesofágico*****Incidence of respiratory disease in patient with gastroesophageal reflux***

Eloisa Aparecida Nelli*, Ana Beatriz de Lima Poloni**, Carolise Bonilha**, Alceu Sergio Trindade Junior, D.Sc.***

.....
Responsável do Setor de Fisioterapia do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), Bauru-SP, **Fisioterapeutas Graduated na Universidade do Sagrado Coração e Bolsistas da FUNDAP no HRAC-USP, Bauru-SP, *Professor Titular do Departamento de Ciências Biológicas, Disciplina de Fisiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo e Setor de Fisiologia do HRAC-USP*

Resumo

O objetivo do presente estudo foi verificar a incidência de pneumonia aspirativa ou outra patologia respiratória decorrente do refluxo gastroesofágico, tendo por finalidade principal verificar a eficácia do tratamento fisioterapêutico como rotina no Hospital de Anomalias Craniofaciais (HRAC/USP). Foram analisados 80 prontuários de pacientes tratados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Desses, 26 eram portadores de refluxo gastroesofágico e pneumonia aspirativa, e 54 apresentaram refluxo com outros comprometimentos respiratórios. O tratamento fisioterapêutico desses pacientes incluiu mudanças posturais no leito, técnicas de higiene brônquica e reexpansão pulmonar como tapotagem, vibração, terapia respiratória manual passiva (TEMP), exercícios passivos e ativos. Observamos, em todos os pacientes, melhora no desconforto respiratório com base na avaliação pediátrica e fisioterapêutica. Estes dados sugerem que a fisioterapia deve ser incluída na rotina de tratamento desses pacientes.

Palavras-chave: refluxo gastroesofágico, pneumonia, pediatria.

Abstract

The objective of this retrospective study was to verify the incidence of aspiration pneumonia or other respiratory diseases induced by gastroesophageal reflux disorder (GERD) and efficiency of physical therapy. Medical records from 80 patients treated for aspiration pneumonia in the Intensive Care Unit at the Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP) were analyzed. Data about age and socioeconomic status (SES) were collected. Out of the 80 patients, 26 presented aspiration pneumonia and 54 presented other respiratory disease. Physical therapy included postural change in bed and technics for bronchial hygiene and expansion such as flapping, vibration, taping, active and passive exercises. We observed significant improvement in respiratory discomfort motor development with basis in pediatric and physical therapy assessment. We suggest that physical therapy must can be included in the treatment of these patients.

Key-words: physical therapy, gastroesophageal reflux, pneumonia, paediatrics.

Introdução

Uma das patologias mais frequentes associadas às dimorfologias craniofaciais no HRAC/USP é o refluxo gastroesofágico (RGE) que ocorre principalmente no primeiro ano de vida da criança. Sua associação com várias complicações ligadas ao aparelho digestivo é fato amplamente conhecido. A

atenção se volta também para as manifestações que ocorrem fora do aparelho digestivo, como as pulmonares, cardíacas e faringolaringeanas. Dentre estas, as mais discutidas são as complicações pulmonares [1].

A associação de RGE a problemas pulmonares muitas vezes não é detectada, o que leva o paciente a apresentar a doença por um longo período, sem receber o tratamento adequado.

Recebido 17 de dezembro de 2004; aceito em 15 de dezembro de 2005.

Endereço para correspondência: Eloisa A. Nelli, Setor de Fisioterapia do HRAC-USP, Rua Silvio Marchione 3-20, Vila Universitária 17012-900, Bauru SP, E-mail: elonelli@centrinho.usp.br

Além disso, o paciente fica sujeito a internações hospitalares freqüentes e prolongadas, o que faz aumentar muito a morbidade e mortalidade [1].

O RGE é um processo inflamatório de causa química, iniciando-se na mucosa do esôfago, atingindo todas as camadas de sua parede, sendo conceituado como fluxo retrógrado e repetido do conteúdo gástrico para o esôfago. É freqüente em crianças por imaturidade de alguns componentes da barreira anti-refluxo, apresenta, na maioria dos casos, evolução benigna e é caracterizado pela presença de regurgitações e vômitos [2].

O RGE pode ser classificado como fisiológico, primário, secundário, patológico e oculto. O fisiológico (regurgitações) é mais comum nos primeiros meses de vida prolongando-se até o quarto mês, diminuindo após a introdução de dieta semi-sólida e adoção de postura mais ereta pela criança. O primário resulta de distúrbio funcional da junção gastroesofágica e o secundário associa-se a condições específicas como estenose congênita do esôfago, fistula-esofágica, atresia do esôfago, distúrbio da deglutição, estenose hipertrófica do piloro, úlcera gástrica ou duodenal, pâncreas anular, pseudo-obstrução intestinal, alergia alimentar (proteína do leite de vaca), infecções urinárias, parasitoses intestinais, doença genético-metabólicas, asma, fibrose cística e alterações do sistema nervoso central [3].

Deve-se suspeitar do refluxo gastroesofágico patológico e oculto quando os vômitos e regurgitações não melhoram após os seis meses de vida, não respondem a medidas posturais e dietéticas, e quando estão presentes repercussões clínicas como redução do crescimento, sintomas e sinais sugestivos de esofagite como choro excessivo, irritabilidade, distúrbio do sono, agitação, dor abdominal, anemias, hemorragias digestivas, manifestações respiratórias (broncoespasmo, pneumonias de repetição) e otorrinolaringológicas como laringites, sinusites, otites e outras. Estas manifestações respiratórias podem ser causadas por três mecanismos: aspiração de quantidades significativas do conteúdo gástrico (macroaspiração) para as vias aéreas superiores e pulmões, causando pneumonias de aspiração, mais comum em crianças que apresentam distúrbios de deglutição; aspiração de pequenas quantidades do conteúdo gástrico (microaspiração), ocasionando reações inflamatórias secundárias; e acidificação intratraqueal que por estímulo de terminações nervosas, pode desencadear broncoespasmo [3].

As pneumonias aspirativas são processos geralmente agudos que comprometem os alvéolos, brônquios e espaço intersticial [4], tornando a parede alveolar e os espaços alveolares edemaciados. A pneumonia causa hipóxia por duas razões: o líquido tende a preencher os alvéolos dificultando a ventilação, e as membranas desses tornam-se tão espessas que não permitem a difusão do oxigênio [5]. Após prescrição pediátrica inicia-se o tratamento fisioterapêutico com estimulação motora, adequação da postura no leito e terapia respiratória.

O objetivo do presente estudo foi verificar, em indivíduos com comprometimento respiratório provocado por RGE, a eficácia do tratamento fisioterapêutico e a implantação dos procedimentos como rotina de protocolo no atendimento desses casos no HRAC/USP.

Materiel e métodos

Foram analisados 80 prontuários de pacientes internados com diagnóstico de RGE associado a pneumonia aspirativa e outras patologias respiratórias no período de 1997 a 2001, durante o qual foram submetidos às seguintes técnicas de intervenção fisioterapêutica:

1. Posicionamento da criança em decúbito ventral no leito [6] com elevação de 30 a 45 graus, por meio de um suporte em madeira revestido de espuma e plástico, com sela para apoiar a região pubiana.
2. Estimulação motora global com mudanças de decúbito, e mobilização de membros superiores e inferiores, na tábua de decúbito.
3. Terapia respiratória segundo Azeredo [7]:
 - 3.1 - Tapotagem: Percussão torácica realizada com as mãos em concha produzindo uma freqüência aproximada de 6Hz sobre o tórax.
 - 3.2 - Vibração: Movimentos rápidos e rítmicos realizados com as mãos espalmadas, acopladas com certa pressão no tórax com freqüência aproximada de 12Hz a 16Hz.
 - 3.3 - Terapia Expiratória Manual Passiva (TEMP): Posiciona-se as mãos espalmadas bilateralmente, ântero-lateralizadas abaixo dos mamilos, comprimindo o tórax nos dois terços finais da expiração, proporcionando aumento no tempo expiratório.
 - 3.4 - Manobra de Pressão Negativa: Posicionamento das mãos de maneira semelhante ao TEMP, para maior negatização durante o ato inspiratório. Tais manobras permitem o desprendimento e o deslocamento das secreções de regiões periféricas para as áreas centrais, objetivando a expectoração e aspiração.
 - 3.5-Aspiração Traqueo-Brônquica: Procedimento invasivo, mecânico e simples, para pacientes com dificuldade em expelir secreções pulmonares voluntariamente.

Resultados e discussão

Foram avaliados 80 prontuários, dos quais 32% (26 casos) apresentavam RGE associado a pneumonia aspirativa e 68% (54 casos), RGE com outro tipo de comprometimento respiratório, como broncoespasmo, atelectasia, insuficiência respiratória e outros.

A análise dos prontuários mostrou que a aplicação da fisioterapia descrita no item método proporcionou melhora no quadro pulmonar, oferecendo ao paciente um conforto

respiratório com menos gasto energético, auxiliando a expectoração, facilitando a ventilação pulmonar.

Estudos evidenciaram que a intervenção da fisioterapia pulmonar pode contribuir na redução do número de ocorrência de pneumonia em crianças [8].

Outros estudos são necessários para investigar os efeitos da fisioterapia respiratória segundo posições corporais [9]. No HRAC pudemos observar que a melhor posição para se evitar o RGE é o decúbito ventral e elevado de 30° a 45° em período contínuo, tanto para o estado acordado quanto para o adormecido, pois a gravidade ajuda a diminuir os episódios de refluxo mantendo assim o conteúdo gástrico longe do cárdia, sendo que não ocorre aumento da pressão intrabdominal.

Conclusão

Pudemos concluir que é fundamental a intervenção fisioterapêutica nos portadores de RGE para acelerar o restabelecimento do quadro pulmonar, aumentando a permeabilidade das vias aéreas, diminuindo o gasto metabólico e otimizando as condições motoras.

Entretanto, como estes pacientes ficam em decúbito elevado por longos períodos, outros aspectos devem ser avaliados, especialmente aqueles relacionados às diferentes etapas do desenvolvimento motor.

Assim, um outro protocolo a ser montado é o de treinamento e orientações aos pais e cuidadores, com o objetivo de restaurar e reabilitar todas as funções da criança portadora de RGE.

Referências

1. Meyer R, Fischer GB. Associação entre refluxo gastro-esofágico e quedas da saturação transcutânea de oxigênio da hemoglobina em lactentes com doença ventilatória obstrutiva crônica. *J Pediatr* 2001;77:89-95.
2. Raia AA. Esôfago-estômago-duodeno. São Paulo: Savier; 1979.
3. Norton RC, Penna FJ. Refluxo gastro-esofágico. *J Pediatr* 2000;76:218-24.
4. Benfica MGA, Cardoso ICRA, Leocádio Filho G, Vieira CB, Chamone CB. Importância do diagnóstico laboratorial das pneumonias bacterianas agudas na infância. *Rev Bras Anal Clin* 1998;30:159-60.
5. Guyto AC, Hall JE. Insuficiência respiratória: fisiopatologia, diagnóstico e oxigenoterapia. In: Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 453-61.
6. Meyers WF, Herbst JJ. Effectives of positioning therapy for gastroesophageal reflux. *Pediatrics* 1982;69:768-72.
7. Azeredo CAC. Fisioterapia desobstrutiva bronco pulmonar (FDBP). Rio de Janeiro: Atheneu; 1981.
8. Brunetto AF, Paulim E. Importância da fisioterapia pulmonar no tratamento de pneumonias em crianças. *Fisioter Mov* 2002;15:39-45.
9. Ribeiro MAGO, Cunha MLC, Etchebehere ECC, Camargo EE, Ribeiro JD, Condino-Neto A. Efeito da cisaprida e da fisioterapia respiratória sobre o refluxo gastroesofágico de lactentes chiadores segundo avaliação centilográfica. *J Pediatr* 2001;77:393-400.

Fisioterapia

Pós-Graduação Lato Sensu

Ergonomia
Fisioterapia Pediátrica
Fisioterapia Manipulativa
Fisioterapia Neuro Funcional
Fisioterapia Pneumofuncional
Fisioterapia Dermato Funcional

Fisioterapia Cardiorrespiratória
Fisioterapia Traumatológico-Ortopédica
Fisioterapia Integrada à Saúde da Mulher
Fisioterapia Reabilitação Pré e Pós Cirúrgico
Fisiologia do Exercício (Prescrição do Exercício)
Fisioterapia Reabilitação Musculoesquelética e Desportiva



Informações:

São Paulo
(0xx11) 3266-5599

Rio de Janeiro
(0xx21) 2484-3336

Outros Estados
0800 7720149

Carga Horária:
360h

visite nosso site: www.posugf.com.br