

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM UTI CORONARIANA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	IT.FT.003-01	01	1/7
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2021	Emissão Inicial	Abril 2024	
	Primeira Revisão		

1. RESULTADOS ESPERADOS

Padronizar os critérios de admissão e assistência fisioterapêutica dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronariana submetidos à cirurgia cardíaca no Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJMP).

2. RESPONSABILIDADE

Fisioterapeutas.

3. PROCESSOS/SETORES RELACIONADOS

Setor de Fisioterapia e Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires.

4. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

As UTIs foram criadas para concentrar 3 componentes: pacientes graves, alta tecnologia e equipe especializada para tratar desse público com eficiência e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade.

Os pacientes de pós-operatório imediato em cardiologia necessitam dos cuidados intensivos por serem de alto risco, uma vez que trata-se de paciente que podem sofrer alterações súbitas de suas funções vitais, surgindo a necessidade de um atendimento apropriado para tais.

A fisioterapia, nesses pacientes, visa minimizar a retenção de secreção pulmonar, melhorar a oxigenação e reexpandir áreas pulmonares atelectasiadas, incluindo ainda diminuir o tempo de ventilação mecânica e prevenir intubações ou traqueostomias. Sua ação também é destacada por evitar efeitos deletérios da

IT.FT.003-01













	INSTRUÇÃO DE TRABALHO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM UTI CORONARIANA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	IT.FT.003-01	01	2/7
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2021	Emissão Inicial	Abril 2024	
	Primeira Revisão		

imobilização ou hipoatividade no leito, evitando assim contraturas, aparecimento de lesões por pressão ou diminuição da massa e força muscular.

Diante disso, segue as rotinas implantadas na UTI CORONARIANA com pacientes em pós-operatório:

ADMISSÃO/PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Receber o paciente junto a equipe multiprofissional, absorvendo ao máximo as informações possíveis sobre o paciente e complicações no peri-operatório.

ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA INICIAL DE ADMISSÃO

- Paciente em ventilação espontânea: ajustar fluxo de oxigênio;
- Paciente em Tubo Orotraqueal (TOT): admitir na Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), previamente testado, com os seguintes parâmetros: modo PCV/VCV, volume corrente o suficiente para manter 8ml/kg, ou pressão de pico 20 a 25 cmH₂O, FR-12, sens = -2 cm H₂O. fiO₂ = 50-60% (pacientes chegam ventilados com O₂ e saturação satisfatória), Tins= 1.0 a 1.2 seg, peep= 5cmH₂O;
- Posicionar o paciente com elevação de cabeceira (*Fowler 45°*);
- Esperar gasometria arterial, Raio-X de admissão;
- Fazer a ausculta pulmonar e, associada à avaliação fisioterapêutica e resultados dos exames complementares, ajustar parâmetros ventilatórios ou fluxo de o₂ de acordo a necessidade de cada paciente;








IT.FT.003-01



	INSTRUÇÃO DE TRABALHO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM UTI CORONARIANA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	IT.FT.003-01	01	3/7
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2021	Emissão Inicial	Abril 2024	
	Primeira Revisão		

- Desmamar do VMI assim que possível para evoluir extubação, de preferência nas primeiras 6h pós-admissão, administrando oxigenoterapia de acordo com a necessidade e pao2 ideal do paciente:

$$PAO2 \text{ IDEAL} = 109 - 0,43X \text{ IDADE}$$

$$\text{FIO2 IDEAL} = \frac{\text{FIO2 CONHECIDA} \times \text{PAO2 IDEAL}}{\text{PAO2 CONHECIDA (GASO)}}$$

$$\text{FIO2} = 21 + 3XL \text{ (USAR PARA CATETER NASAL)}$$

- Realizar Ventilação Não Invasiva (VNI) (bilevel ou intermitente) após, no mínimo, 2h após a extubação, por 30 min a 2horas NA VNI fixada ou 100 incursões no VPPI;
- Monitorização respiratória.

1º Dia de Pós-operatório

- Realizar nova avaliação com ausculta pulmonar e análise de exames como gasometria e Raio-X;
- Uso de pressão positiva (bilevel ou pressão intermitente), intensificando tempo de uso no caso dos pacientes com alteração de ausculta, gasometria arterial ou raioX. O início de ipap deve ser entre 14 e 16 cmH20, peep entre 5 e 8cmH20;

OBS.: Pacientes atelectasiados usar peep mais alta (8-10) já os congestos preferir

Beato

[Handwritten signature]


[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IT.FT.003-01

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM UTI CORONARIANA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	IT.FT.003-01	01	4/7
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2021	Emissão Inicial	Abril 2024	
	Primeira Revisão		

ipap mais altos e peep mais fisiológica.

- Iniciar a reeducação diafragmática, com padrões ventilatórios diafragmáticos, podendo variar para 2 tempos (sem uso de MMSS);
- Realizar a orientação de como tossir protegendo a cicatriz;
- Iniciar a fisioterapia motora através de alongamentos de cervical e de extremidades;
- Introduzir exercícios para membros inferiores de forma assistida (pelo próprio fisioterapeuta ou utilizando a cama como ajuda para tríplex flexão (comando: *dobre o joelho mantendo o calcanhar na cama, como se quisesse coçá-lo*).

2º Dia de Pós-operatório

- Manter a fisioterapia respiratória, podendo evoluir com membros superiores (MMSS) otimizando os padrões ventilatórios (de forma assistida);
- Caso paciente apresente sinais de secreção e/ou dificuldade de tossir pode-se utilizar o *shaker*;
- Após retirada do dreno torácico, caso não haja contra-indicação, sedestação beira-leito, ou poltrona.

3º Dia de Pós-operatório

- Fisioterapia respiratória : padrões ventilatórios, incentivadores (leve, se for utilizar o incentivador respiratório, ocluir duas bolas resistência zero), ou pressão positiva.

Roneto

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IT.FT.003-01

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM UTI CORONARIANA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	IT.FT.003-01	01	5/7
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2021	Emissão Inicial	Abril 2024	
	Primeira Revisão		

- Fisioterapia motora: exercícios ativos livres para membros inferiores, assistidos para membros superiores e sedestação na poltrona. O paciente já poderá dar uns passos ao redor da cama ou próximo dela.

5. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- ✓ Por volta do 3º Dia de Pós-operatório já iniciam as altas para enfermaria. O fisioterapeuta deve traçar a conduta de forma individualizada para cada paciente visando um tratamento gradativo quanto ao gasto metabólico e contínuo com os demais colegas da unidade. Sempre observando quaisquer alterações hemodinâmicas ou sinais de intolerância ao exercício.
- ✓ Paciente de longa permanência poderá ser utilizado o cicloergômetro para membros inferiores, mas evitar para membros superiores devido à esternorragia.
- ✓ Após alta da UTI, comunicar à diarista a alta para que seja repassado para os colegas do setor responsável.

Bonito


[Handwritten signature]





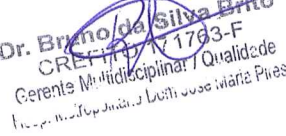
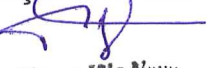
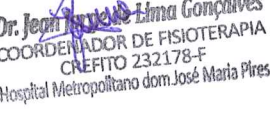
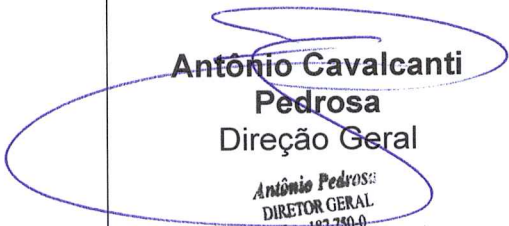
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IT.FT.003-01

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO		Elaborado por:
			Gestão Assistencial
CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO E CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA DOS PACIENTES EM UTI CORONARIANA	CODIFICAÇÃO	VERSÃO	PÁGINA
	IT.FT.003-01	01	7/7
RESUMO DE REVISÕES			
DATA	DESCRIÇÃO	DATA PRÓX. REVISÃO	
Abril 2021	Emissão Inicial	Abril 2024	
	Primeira Revisão		

CONTROLE DE EMISSÃO		
ELABORADO POR:	VERIFICADO POR:	APROVADO POR:
<p> Fabiana Góes Barbosa De Freitas Fisioterapeuta </p>  <p> Fabiana Góes B. Freitas Fisioterapeuta CREFITO - 1 / 60003 - F </p>	<p> Renata Gomes Barreto Coordenadora da Terapia Ocupacional e de Qualidade </p>  <p> Renata Gomes Barreto Coord. de Terapia Ocupacional / Qualidade CREFITO 19069-TO Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires </p>	<p> Gilberto Costa Teodózio Direção Assistencial </p>  <p> Gilberto C. Teodózio COREN 39211/10 DIRETOR ASSISTENCIAL Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires </p>
<p> Laryssa Marcela Gomes Amaral Coordenadora da Fisioterapia </p>  <p> Dr.ª Laryssa Marcela G. Amaral COORDENADORA E RESPONSÁVEL TÉCNICA DA FISIOTERAPIA CREFITO: 191052-F Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires </p>	<p> Bruno da Silva Brito Gerente Multidisciplinar e de Qualidade </p>  <p> Dr. Bruno da Silva Brito CREFITO 1763-F Gerente Multidisciplinar / Qualidade Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires </p>	<p> Thiago Vila Nova Direção Técnica </p>  <p> Thiago Vila Nova DIRETOR TÉCNICO Mat.: 909.222-6 Hosp. Metrop. Dom José Maria Pires </p>
<p> Jean Jorge de Lima Gonçalves Coordenador da Fisioterapia COVID </p>  <p> Dr. Jean Jorge de Lima Gonçalves COORDENADOR DE FISIOTERAPIA CREFITO 232178-F Hospital Metropolitano dom José Maria Pires </p>		<p> Antônio Cavalcanti Pedrosa Direção Geral </p>  <p> Antônio Pedrosa DIRETOR GERAL Mat.: 187.750-0 Hosp. Metropolitano Dom José Maria Pires </p>