

aumento do FEF 25-75; entre os "Restritivos" 39% passaram a "Restritivo c/ FSN" pela mesma razão. **Comentários:** O achado de FSN em pacientes obesos mórvidos, sem substrato anatômico de subversão da estrutura do parênquima, é insólito. O único defeito funcional, identificado por oscilometria de impulso, foi a redução da complacência da caixa torácica, que pode ser atribuída à sobrecarga sobre a mesma e à redução da incursão do diafragma. O aumento para FSN em "Normais" e "Restritivos" após BD, sustenta a idéia que o FSN depende especialmente do fluxo aéreo e não de modificações estruturais do pulmão. O FSN em pacientes obesos deve então ser encarado como um achado de laboratório, sem significado funcional e sem valor prognóstico.

PD080 PADRONIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE RESSECÇÕES PULMONARES EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

PATRICIA NERYS KAMINSKI; CRISTIANO FEIJÓ ANDRADE; LUIZ ALBERTO FORGIARINI JR

COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA DE PORTO ALEGRE, PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA; RESSECÇÃO PULMONAR

Introdução: A participação da fisioterapia no período pós-operatório é considerada como essencial na prevenção das complicações pulmonares. A atenção fisioterapêutica no pós-operatório de ressecções pulmonares tem como objetivo expandir as áreas pouco ventiladas, evitar o colapso e a consolidação pulmonar, promover a eliminação de secreções brônquicas e evitar complicações circulatórias. **Objetivos:** Padronizar o atendimento fisioterapêutico em pacientes pediátricos submetidos a ressecções pulmonares na prevenção de complicações cardiorrespiratórias no período pós-operatório.

Métodos: No período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007 foram revisados os prontuários de 55 pacientes submetidos a ressecções pulmonares no Hospital da Criança Santo Antônio devido a diferentes patologias. Oito pacientes foram excluídos por prontuários incompletos. Os quarenta e sete pacientes restantes foram divididos em dois grupos de acordo com o atendimento fisioterapêutico realizado. Os pacientes incluídos no grupo 1 (n=27) não receberam atendimento padronizado enquanto que os pacientes do grupo 2 (n=20) foram submetidos a uma seqüência padronizada de manobras fisioterapêuticas no período pós-operatório. Os pacientes do grupo 1 foram aqueles atendidos no ano de 2006 (pré-protocolo) enquanto os do grupo 2 foram aqueles de 2007 (início do protocolo). Os pacientes do grupo 1 foram submetidos a várias técnicas fisioterapêuticas sem padronização específica e com variabilidade no atendimento diário. O protocolo fisioterapêutico instituído em 2007 consistia de três atendimentos diários e técnica de terapia expiratória manual passiva (TEMP), uso de pressão expiratória positiva final (EPAP) e tosse. Nestes dois grupos foram registradas as complicações cardiorrespiratórias, tempo de utilização de drenos torácicos, realização de fibrobroncoscopia pós-operatória e tempo de internação hospitalar. Na análise dos dados utilizou-se o teste t de Student para a comparação entre os grupos com nível de significância de 5% (p<0,05). **Resultados:** Não houve diferença significativa em idade (grupo 1: 7,14 anos, grupo 2: 5,38), patologias de base e tipo de ressecção pulmonar entre os dois grupos. Também não foram observadas diferenças significativas no tempo de utilização de dreno torácico e tempo de internação hospitalar. Os pacientes do grupo 1 apresentaram maior número de complicações cardiorrespiratórias em relação ao grupo 2 (p<0,0001). A realização de fibrobroncoscopia para higiene brônquica foi mais utilizada no grupo 1 (p<0,0001). **Conclusão:** A instituição de um protocolo padronizado de fisioterapia respiratória no pós-operatório de pacientes pediátricos submetidos a ressecção pulmonar, apesar de não interferir no tempo de internação hospitalar, auxilia na redução das complicações cardiorrespiratórias e reduz o número de intervenções por fibrobroncoscopias nestes pacientes.

PD081 MEDIASTINITE NECROSANTE DESCENDENTE; ANÁLISE DE 10 CASOS CONSECUTIVOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

ROBERTO SAAD JUNIOR; VICENTE DORGAN NETO; MARCIO BOTTER; ROBERTO GONÇALVES; JORGE HENRIQUE RIVABEN; ANTONIO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR; GIBRAN RIBEIRO ROCHA; FABIO ARNONI GONÇALVES

SANTA CASA DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, SP, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: MEDIASTINITE NECROSANTE DESCENDENTE; CLAMSHELL; DIAGNOSTICO PRECOCE

Introdução: Trata-se de infecção do tecido conectivo mediastinal geralmente associado com derrame pleural. É uma moléstia grave e deve-se a progressão de infecções primárias da região cervical. **OBJETIVO:** Analisar o perfil geral dos pacientes, o estado clínico e o resultado após o tratamento cirúrgico de pacientes com diagnóstico de infecção cervical que evoluíram para mediastinite. **Métodos:** Trabalho retrospectivo descritivo baseado na coleta de dados dos prontuários de 10 pacientes consecutivos com diagnóstico de mediastinite operados entre o ano de 2003 e 2008. Tabulação e análise dos dados com Microsoft Excel. **Resultados:** Dos 10 pacientes operados, seis eram do sexo masculino, quatro do sexo feminino. A média de idade foi de 46 anos (19 a 68). 50% dos pacientes eram diabéticos. Todos tiveram o diagnóstico de abscesso cervical. 70% procuraram atendimento médico previamente a internação e em média, referiam sintomas há 7,8 dias (2 a 16). 40% queixavam-se de disfagia e 20% tinham trismo ao exame físico. No momento da internação 40% tiveram diagnóstico de sepse. Todos pacientes tiveram diagnóstico de mediastinite confirmado por tomografia de tórax. Os pacientes foram operados em média dois dias após a internação, moda igual a um (1 a 6). Todos os pacientes foram submetidos a cervicotomia em associação com incisão de clamshell (50%), toracotomia antero-lateral (30%), toracotomia pósterio-lateral (20%). 70% foram submetidos a traqueostomia. Somente um paciente precisou de uma segunda abordagem cirúrgica no tórax. Dos 10 pacientes 3 (30%) foram a óbito sendo que todos os três óbitos ocorreram até o 2º pós-operatório. Dos 7 (70%) pacientes que receberam alta hospitalar, o tempo médio de drenagem pleural foi de 15,3 dias (7 a 27) e o tempo médio de internação foi de 40,2 dias (11 a 90). Cinco dos sete pacientes receberam nutrição enteral que se iniciou entre o 2º e 3º dias de pós-operatório. Dos três paciente que foram a óbito, todos eram diabéticos e todos procuraram serviço médico antes da internação sendo que dois tiveram o diagnóstico de sepse no momento da internação. **Conclusão:** Percebe-se que o quadro clínico de entrada do paciente no hospital influencia o prognóstico e que o tratamento cirúrgico deve ser indicado precocemente. A cirurgia deve ser ampla para possibilitar uma única limpeza das cavidades pleurais e do mediastino.

PD082 CIRURGIA DE RESSECÇÃO PULMONAR EM DOENÇA NEOPLÁSICA E SUPURATIVA. HÁ DIFERENÇA DE MORTALIDADE CIRÚRGICA E DE COMPLICAÇÕES?

ANTERO GOMES NETO; JOSÉ SANTANA MOREIRA RAMOS JÚNIOR; FÁBIO ALÉRCIO COSTA RODRIGUES; RAFAEL FERNANDES VIANA ARAÚJO; LEONARDO CÉSAR SILVA DE OLIVEIRA; ALEXANDRE MARCELO RODRIGUES LIMA; ALFREDO SÁVIO MONTEIRO NOGUEIRA

SERVIÇO DE CIRURGIA TORÁCICA DO HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES, FORTALEZA, CE, BRASIL

PALAVRAS-CHAVE: RESSECÇÃO PULMONAR ; NEOPLASIA PULMONAR; DOENÇA PULMONAR SUPURATIVA

Introdução: O aprimoramento das técnicas cirúrgicas de ressecção pulmonar tem contribuído para a diminuição da mortalidade e complicações cirúrgica, mas alguns fatores tais como: faixa etária elevada, magnitude da ressecção realizada, doença pulmonar de base e grau de reserva pulmonar, entre outros, ainda contribuem para o aumento dessas complicações. **Objetivos:** Avaliar a incidência de mortalidade e complicações em pacientes portadores de doenças neoplásicas e supurativas submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, e ainda os fatores que contribuem para essas complicações. **Métodos:** Estudo retrospectivo de 431 pacientes submetidos à cirurgia de ressecção pulmonar, no período de abril 2004 a maio de 2008. Incluíram-se no estudo somente 370 pacientes portadores de doenças neoplásicas (Grupo I, n = 246) e supurativas (Grupo II, n = 124). Os demais pacientes (61) portadores de doenças congênitas, intersticiais e bolhas foram excluídos. Foram estudadas as variáveis faixa, etária, gênero, tipo de doença pulmonar, complicações e mortalidade. As diferenças entre os dois grupos foram avaliadas pelo teste-t e 2). Qui-quadrado **Resultados:**