



REALIZAÇÃO:



ASSOCIAÇÃO DO NÍVEL DE MOBILIDADE E COMPLICAÇÕES APÓS A CIRURGIA CARDÍACA

Vivian Carla Junglos¹, Victoria Figueiredo Leivas dos Santos², Vinicius Serra Peringer³, Bruna Eibel³, Livia Arcêncio do Amaral¹

¹ Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC, Brasil

² Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

³ Instituto de Cardiologia – Fundação Universitária de Cardiologia, Residência Multiprofissional em Saúde: Cardiologia, Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: vivianjunglos@hotmail.com

Palavras-Chave: *Cirurgia Cardíaca; Avaliação em Saúde; Mobilidade.*

INTRODUÇÃO

A cirurgia cardíaca e a restrição ao leito no pós-operatório podem resultar em repercussões cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas que podem impactar na funcionalidade (KILLEWICH, 2006; SANTOS, 2014). Desta maneira, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre o nível de mobilidade e complicações após a cirurgia cardíaca.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, realizado no período de setembro/2020 a junho/2022 em um hospital de nível terciário. Aprovado pelo comitê de ética em pesquisa CAAE 36963720.4.0000.5333 e CAAE 36963720.4.3001.0121 em 2020. A amostra foi composta por indivíduos de ambos os sexos, >18 anos, que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio e/ou troca valvar. Os participantes foram divididos em dois grupos: sem complicações (G1) e com complicações (G2). Foram consideradas complicações respiratórias, hemodinâmicas e reinternação na unidade de terapia intensiva. A mobilidade foi avaliada por meio da escala de mobilidade em unidade de terapia intensiva (EMU) no período pós-operatório (24, 48 e 72 horas após a cirurgia). A EMU possui uma graduação de

0 a 10. A graduação de 0 a 2 (atividades passivas ou ativas no leito, transferência passiva para sedestação) foi considerada mobilidade reduzida e de 3 a 10 mobilidade preservada (sedestação ativa fora do leito, ortostatismo e deambulação) (HODGSON, 2014; KAWAGUCHI, 2016). Os resultados foram expressos em frequência absoluta e relativa e média (desvio-padrão). As variáveis contínuas foram comparadas utilizando o Teste-T e a associação foi verificada por meio do teste Qui-quadrado ou Fisher. O nível de significância considerado foi de 5%.

RESULTADOS

Tabela 01 - Caracterização da amostra.

N = 95	Media (DP)
Idade	62,9 (10,96)
	N (%)
Masculino	59 (56,05)
Complicações PO	54 (56)

Tabela 02 – Comparação G1 e G2.

		G1 - n (%)	G2 - n (%)	p
EMU 24h	3 a 10	9 (22)	6 (11,1)	0,15
	0 a 2	32 (78)	48 (88,9)	
EMU 48h	3 a 10	36 (87,8)	37 (68,5)	0,02
	0 a 2	5 (12,2)	17 (31,5)	
EMU 72h	3 a 10	40 (97,6)	47 (87)	0,68
	0 a 2	1 (2,4)	7 (13)	

Quando comparado G1 e G2, não houve diferença significativa na idade, índice de massa corporal e distribuição dos sexos



REALIZAÇÃO:



($p > 0,05$) (Tabela 01). A frequência de mobilidade reduzida foi maior no G2 apenas no período 48 horas [G2:17(31,5%), G1:5(12,2%); $p=0,02$] (Tabela 02).

CONCLUSÃO

A mobilidade reduzida apresentou associação com a ocorrência de complicações pós-operatórias 48 horas após a cirurgia cardíaca.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001 e Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior (FUMDES).

REFERÊNCIAS

HODGSON C. et al. Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. **Heart Lung**. v. 43, n. 1, p. 19-24. 2014.

KAWAGUCHI YM. et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. **J Bras Pneumol**. v. 42, n. 6, p. 429-434. 2016.

KILLEWICH L. A. Strategies to minimize postoperative deconditioning in elderly surgical patients. **J Am Coll Surg**. v. 203, p. 735–745. 2006.

SANTOS, K. M. S.; CERQUEIRA NETO, M. L.; CARVALHO, V. O. et al. Evaluation of peripheral muscle strength of patients undergoing elective cardiac surgery: a longitudinal study. **Rev Bras Cir Cardiovasc**. v. 29, p. 355–359. 2014.