

RELATO DE CASO: ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM UM ADULTO JOVEM NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NA FASE FLÁCIDA

***Karla Denyse de Alcantara Evaristo, Alexandra Marinho Dias,
Fabiola Hermes Chesani, Lázaro Juliano Teixeira,
Sílvia Luci de Almeida Dias***

Universidade do Vale do Itajaí – Centro de Ciências da Saúde – Curso de Fisioterapia –
R. Uruguai, 458 – Centro – Itajaí – CEP 88302-202
karla_evaristo@hotmail.com,
silviad@ccs.univali.br

Palavras-chave: fase flácida, fisioterapia, hemiplegia.

Área do Conhecimento: IV – Ciências da Saúde

Resumo – Este trabalho aborda o relato de caso de uma pessoa jovem que teve acidente vascular cerebral decorrente de problema cardíaco. O enfoque é para a fisioterapia: avaliação e desenvolvimento de plano de tratamento, com os objetivos e condutas. A abordagem fisioterapêutica se dá ainda na fase flácida em um hospital. Conclui-se que a presença de casos de AVC entre jovens adultos é um fato, sendo cada vez maior o percentual de pessoas economicamente ativas afetadas. Uma percentagem destas pessoas, que sofreram uma lesão cerebral, necessitarão de uma fisioterapia prolongada e intensiva, para que tenham a oportunidade de reconstruir suas vidas. Porém o número de pessoas que tem acesso ao tratamento precoce intensivo ainda é muito pequeno, principalmente nos países em desenvolvimento.

Introdução

O estudo de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em pacientes jovens tem sido objeto de muitas pesquisas epidemiológicas, motivadas principalmente pelo considerável impacto individual e sócio-econômico causado pela elevada taxa de morbi-mortalidade que pode causar nessa população economicamente ativa [1]. Sabe-se também que o espectro de etiologia do AVC em jovens é maior que o observado em pacientes idosos, sugerindo que novos conhecimentos sobre a fisiopatogenia do AVC possam emergir [2].

As causas mais comuns de acidente vascular cerebral em pacientes jovens são hipertensão arterial sistêmica, diabetes, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, abuso de álcool e uso de drogas, tabagismo, cardiopatia valvar e ventricular, uso de anticoncepcionais orais, doença hipertensiva específica da gestação e as relacionadas ao período puerperal e doenças reumáticas [3]. Assim como a febre reumática, que é uma doença inflamatória que ocorre como seqüela tardia de uma faringoamidalite pelo estreptococo B-hemolítico, acomete principalmente as articulações, coração, sistema nervoso central, pele e tecidos subcutâneos. Sua importância se relaciona ao acometimento cardíaco, que pode ser fatal nos estágios agudos da doença, ou produzir uma cardiopatia crônica secundária às

deformidades das válvulas cardíacas[4]. Em especial a valva mitral ou aórtica bicúspide, evoluindo em muitos casos para prótese valvar mecânica[5]. A implantação de qualquer substituto de valva leva ao contato de uma grande superfície estranha com a corrente sanguínea. Sendo que a trombose e a embolia poderiam ocorrer por várias razões: (1) turbulência, forças de tração, estagnação e correntes turbulentas podem lesar elementos celulares e liberar fatores bioquímicos que provocam reação de coagulação, (2) os próprios materiais das valvas podem favorecer a trombose, (3) diferenças na tendência de coagulação entre os indivíduos, (4) a localização da prótese afeta a freqüência das complicações tromboembólicas em valvas aórticas com menor freqüência que em valvas mitrais ou tricúspide[6].

Eventos embólicos complicam a substituição de valvas, e envolvem o sistema nervoso central em aproximadamente 80% de episódios clinicamente diagnosticados. Os acidentes vasculares cerebrais, os déficits neurológicos transitórios e os distúrbios visuais são manifestações clínicas comuns[6].

É nesse contexto que as doenças do aparelho circulatório adquirem relevância nos dados de morbi-mortalidade do país. O destaque entre essas doenças é para as cerebrovasculares e, particularmente, para o acidente vascular cerebral, que representa a terceira causa de morte

em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos[7,8]. Assim o objetivo deste relato foi de descrever a intervenção fisioterapêutica hospitalar, em uma paciente jovem, portadora de prótese mecânica valvar, com diagnóstico fisioterapêutico de hemiplegia à direita.

Materiais e Métodos

Foi realizada avaliação fisioterapêutica no Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux, na cidade de Brusque/SC, de uma paciente de 22 anos, de etnia branca. A paciente esteve internada por 10 dias, sendo que realizou fisioterapia diariamente, por aproximadamente 30 minutos. Na avaliação (conforme modelo utilizado pelo Curso de Fisioterapia da UNIVALI- Itajaí/SC) constava dados de identificação, diagnóstico médico, história social, história familiar, patologias associadas, pregressas, cirurgias prévias, medicamentos utilizados, exames complementares realizados, inspeção e palpação, avaliação de tônus, trofismo, edema, sensibilidade superficial (dolorosa e tátil) e profunda (senso articular e senso de movimento), coordenação, manobras deficitárias, equilíbrio estático e dinâmico, atividades motoras e atividades de vida diária, reação de extensão protetora. Diagnóstico fisioterapêutico, plano de tratamento com objetivos e condutas.

Resultados

No dia 29 de maio de 2004, após sentir mal-estar, perdeu a fala e os movimentos, sendo encaminhada imediatamente ao Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux, onde permaneceu por 10 dias. No dia 01 de junho de 2004, foi realizada avaliação fisioterapêutica, os dados da anamnese foram relatados pela irmã da paciente, pois a mesma estava com afasia mista: aos 5 anos de idade apresentou febre reumática, com o decorrer do tempo, iniciaram os sinais de problemas cardíacos, os quais se tornaram graves, até que aos 18 anos a paciente teve de ser submetida a uma valvoplastia, substituindo a válvula mitral por uma válvula mecânica. Sua irmã relata que antes do dia 29 de maio de 2004, a paciente apresentava cefaléia, tontura e dores nas costas. O tratamento para profilaxia de reinfecção da febre reumática incluía uma dose mensal de benzetacil, sendo esta mantida até o presente momento. Durante o período de internação a paciente fazia uso de tilenol, manitol, AAS, capoten e Mmrevan, recebendo tratamento fisioterapêutico duas vezes ao dia. A paciente não praticava atividade física, não era etilista e nem tabagista. De

acordo com os antecedentes familiares toda a família é portadora de doenças cardíacas.

Os exames realizados pela paciente durante o período de internação foram: ECG, Hemograma e TC do crânio. A TC do crânio foi realizada no dia 29/05/2004, apresentando laudo de hipodensidade em cápsula interna, mais tálamo. Porém no prontuário da paciente não constava o laudo do ECG, também realizado em 29/05/2004 e do hemograma realizado em 30/05/2005.

Foi constatado trofismo preservado em membros superiores e inferiores e o tônus estava diminuído no hemicorpo direito. A paciente apresentou sinal de babinski em membro inferior direito, queda do membro inferior em abdução positivo para MID, queda dos braços estendidos para MSD. Quanto à avaliação sensorial, a sensibilidade superficial/profunda e a coordenação não puderam ser testadas pois a paciente não apresentava compreensão aos comandos verbais.

Em relação às atividades motoras e às AVDs, a paciente apresentava-se dependente para higiene e vestuário. Semidependente para alimentação. Não realizava marcha e não realizava trocas de decúbito sem auxílio. Não apresentava extensão protetora em hemicorpo direito, e as reações de equilíbrio estático e dinâmico em pé não possuía. E o dinâmico em sedestação estava diminuído. Apresentava paralisia facial central à direita com envolvimento dos músculos orbicular dos lábios, elevador do ângulo da boca à direita, risório, dilatador da asa do nariz, apresentando tônus diminuído.

Após os dados colhidos na avaliação pode-se fazer o diagnóstico fisioterapêutico de hemiplegia em hemicorpo direito, hipomímia facial em quadrante inferior direito, hipoventilação.

A partir desses diagnósticos foram traçados os seguintes objetivos: preservar a amplitude de movimento do hemicorpo direito, minimizar os encurtamentos musculares, promover sensação de peso articular em MSD e MID, incrementar os movimentos do quadrante inferior direito da face, promover o aumento da ventilação pulmonar, evitar subluxação de ombro, prevenir escaras e trombose venosa profunda, adequar tônus muscular, inibir o padrão patológico flexor de membro superior e extensor de membro inferior, estimular as atividades motoras e as avds, melhorar as reações de equilíbrio e extensão protetora.

Para isto, as condutas eleitas foram: exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptiva, alongamento estático e balístico dos músculos flexores, rotadores internos e adutores de membro superior(MS) e inferior (MI), ainda em MID era alongado o tríceps sural e os

isquiostibiais; mobilização passiva de MSD, MID, e tronco, exercícios de transferência e tomada de peso de MSD e MMII, exercícios de ponte, troca de decúbitos, exercícios preparatórios para a marcha e exercícios respiratórios (compressão e descompressão, estímulo proprioceptivo diafragmático) e orientações aos familiares quanto ao posicionamento no leito.

Resultados e discussões

A intervenção precoce e um acompanhamento fisioterapêutico continuado constitui uma grande contribuição no desenvolvimento da reabilitação de pacientes com AVC, pois o objetivo do tratamento concentra-se em minimizar o aparecimento de possíveis seqüelas que se não tratadas precoce e adequadamente poderão impor ao paciente uma limitação maior, diminuindo sua capacidade motora funcional.

O tratamento fisioterápico sempre tinha início com a verificação dos sinais vitais da paciente. Nas sessões iniciais, durante a mobilização passiva, a paciente não apresentava nenhuma reação ou interação ao movimento realizado, porém na última sessão, pode-se constatar uma leve resistência à mobilização passiva, não sendo esta pela espasticidade, mas sim um esboço de movimento do membro superior direito em direção à face para tirar o cabelo do rosto. Os membros superiores apresentam grande tendência à perda de amplitude, e até que o paciente se mostre capaz de utilizar seu braço e mão nas atividades do dia-a-dia, o fisioterapeuta deve movimentar essas partes por ele, de tal modo que se evite qualquer limitação de movimento, pois as contraturas dolorosas podem retardar ou inibir a recuperação ativa da atividade funcional[2].

Inicialmente a paciente não apresentava nenhuma reação aos alongamentos, porém, já nas últimas sessões, ela demonstrava desconforto, através de mímica facial e pequenos movimentos de membro superior direito, principalmente quando o ísquio tibial direito era alongado.

Ao abordar-se um músculo com manobras que causam o seu alongamento, obtém-se em princípio, como reação normal, aumento da resistência ao movimento, de caráter puramente reflexo, denominado reação de alongamento, que aos poucos vai-se diluindo com adaptação do fuso muscular. O alongamento também é indicado para recuperar ou restabelecer a amplitude normal das articulações, prevenir contraturas irreversíveis, aumentar a flexibilidade geral e evitar ou minimizar o risco de lesões musculotendíneas[10].

O exercício de ponte bipodal era realizado pela paciente com facilidade. Porém, quando orientada a realizar o exercício de forma unipodal, a paciente se desequilibrava e não conseguia realizar o exercício. A atividade de ponte desenvolve o controle em importantes atividades funcionais, e a mobilidade inicial no leito. Também promove o controle pélvico, controle avançado dos membros inferiores (extensão do quadril com flexão do joelho e eversão do pé), sustentação precoce de peso no membro inferior. A colocação do pé do paciente em contato com o solo auxiliará na obtenção do equilíbrio e senso geral de segurança, e propiciará sustentação de peso pelo membro, na posição sentada[10].

Nas últimas sessões de atendimento fisioterápico, pode-se perceber um aumento ativo na mobilidade do gradil costal durante a realização da fisioterapia respiratória.

Com suas muitas articulações e inserções musculares, as costelas podem facilmente ficar rígidas numa posição fixa, se a parede torácica não for movimentada passivamente. Não só as articulações perdem sua amplitude de movimento, mas a flexibilidade intrínseca das próprias costelas fica reduzida. A amplitude de excursão do gradil costal é mantida pelos movimentos de respiração, bem como os movimentos feitos pela coluna torácica durante sua rotação, flexão e extensão, no dia-a-dia[2,11]. Uma postura fixa do gradil costal reduz a função respiratória e provoca, mais tarde, dificuldade na requisição da atividade seletiva nos músculos abdominais. Assim, com as costelas na posição corrigida, a respiração diafragmática ocorrerá espontaneamente, assim como a ativação dos músculos necessários[2].

Embora não fosse possível uma comunicação verbal com a paciente, com o decorrer do tempo de internação a mesma foi sendo capaz de compreender alguns gestos. Os passos para a troca de decúbito foram gesticulados, sendo a paciente orientada a sentar-se sobre o lado hemiplégico. O fisioterapeuta auxiliava na movimentação do membro inferior afetado, colocando-o para fora do leito. A paciente começou a desenvolver bom controle de tronco, capaz de elevar a cabeça e o ombro, rodando para o lado hemiplégico, o braço não afetado era trazido à frente apoiando no leito. Quando sentada, permanecia nesta posição sem auxílio. O treino apropriado de troca de decúbito impede que o paciente desenvolva reações associadas, o que fará se a atividade for demasiado difícil para ele[2].

Durante os atendimentos, pode-se perceber que a paciente apresentou um incremento no controle motor do tronco, sendo capaz de realizar a

rotação para ambos os lados, porém nas sessões finais ainda não era capaz de realizar apoio lateral com o membro afetado, sem auxílio do fisioterapeuta.

Os exercícios na face eram realizados através de mímica facial, sendo a paciente capaz de imitar todos os movimentos, porém o único movimento realizado pela paciente em menor amplitude era o de elevação do ângulo da boca. Optou-se por manter a realização dos exercícios ativamente, pois quando o fisioterapeuta intervinha no movimento através do toque, a paciente não apresentava resposta nenhuma ao mesmo. No entanto, no último dia de tratamento, pode-se perceber um aumento de contração no movimento de elevação do ângulo na boca.

As orientações dadas aos familiares se referiam ao posicionamento no leito. Caso o paciente seja ensinado a posicionar-se e mover-se em padrões normais de movimento diretamente deste o início, sua reabilitação será mais fácil e mais rápida. Embora não seja possível prevenir a espasticidade de um modo completo, o correto posicionamento e manipulação do paciente na fase aguda reduzirão seu desenvolvimento consideravelmente[12].

Com o tratamento proposto para esta paciente, constatou-se o incremento dos movimentos do quadrante inferior direito da face, a melhora no controle motor do tronco e também a iniciação dos movimentos do membro superior direito. Para que se continue tendo resultados deve-se dar continuidade ao tratamento fisioterápico ambulatorial.

Referências

- [1] DAVIES, P. M. **Exatamente no Centro –** Atividade Seletiva do Tronco no Tratamento da Hemiplegia no Adulto. São Paulo: Manole, 1996.
- [2] DAVIES, P. M. **Passos a Seguir –** Um Manual para o Tratamento da Hemiplegia no Adulto. São Paulo: Manole, 1997.
- [3] ROZENTHUL, S. N.; RONEN, R.; TAMIR, A.; GEVA, H.; ELDAR R. Stroke in the young in Israel. **Stroke**. n 27, p. 838-841, 1996.
- [4] ZETOLA, V. H. F. Acidente Vascular Cerebral Em Pacientes Jovens. **Arq. Neuro-Psiquiatria**, v. 59 n.33, set. São Paulo, 2001.
- [5] KASTE M.; FOGELHOLM, R.; RISSANEN A. Economic burden of stroke and the

evaluation of news therapies. **Public Health** 1998; 112: 103-12.

[6] EAGLE, K. A. **Cardiologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

[7] KISNER, C; COLBY, L. A. **Exercícios Terapêuticos -**Fundamentos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.

[8] PORTO, C. C. **Doenças do Coração –** Prevenção e tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

[9] DURIGON, O. S. O alongamento Muscular. Parte I – A interação neuromuscular. **Rev. Fisioter. Univ. São Paulo**. Vol 2, n 1, p.40-4, jan./ jul.,1995.

[10] O' SULLIVAN, S. B; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: Avaliação Clínica e Tratamento**. 2 ed. São Paulo: Manole, 1993.

[11] PEREIRA, C. F.; LEMOS, M. M.; BENEVENUTO, M. C.; FONSECA, G. A. Enfoque sobre pesquisa prospectiva no AVC. **Med Reabil**, vol. 34, n 36, p. 9-13, 1993.

[12] DAVIES, P. M. **Recomeçando Outra Vez –** Reabilitação Precoce Após Lesão Cerebral Traumática. São Paulo: Manole, 1997