



Evento: XXI Jornada de Extensão

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM LESÃO MEDULAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PHYSIOTHERAPEUTIC CARE IN PATIENTS WITH CORD INJURY: AN EXPERIENCE REPORT

Gabriela Petry², Tiane Luana Diettrich³, Elenita Costa Beber Bonamigo⁴,

¹Trabalho da disciplina Fisioterapia Neurofuncional II.

²Acadêmica de Fisioterapia - DCVida/ UNIJUI. Integrante do grupo de pesquisa GPAS. Email: gabriela.petry@sou.unijui.edu.br

³Acadêmica de Fisioterapia - DCVida/ UNIJUI. Integrante do grupo de pesquisa GPAS. Email: tiane.diettrich@sou.unijui.edu.br

⁴Docente do Curso de Fisioterapia da UNIJUI, Mestre em Ciências do Movimento pela UDESC, Email: elenita.bona@unijui.edu.br

RESUMO

Lesão medular é uma das síndromes mais incapacitantes e possui um grande desafio dentro da reabilitação, onde a fisioterapia é grande aliada na assistência aguda do paciente visando facilitar a transição eficiente para o processo de reabilitação, prevenindo deformidades, melhorando a função muscular, respiratória e adquirindo postura de ortostatismo. Este estudo de caso descreve a prática realizada na disciplina de Fisioterapia Neurofuncional II. Através da avaliação neurofuncional contendo anamnese com uma conversação sobre a história pregressa, história atual e exames físicos foi possível identificar no paciente B.O.G., 24 anos de idade, com diagnóstico clínico de Lesão Vértebro Medular sensitivo e motor T10. Após dois meses de atendimento percebeu-se melhora em tônus muscular de quadríceps direito, fortalecimento de membros superiores favorecendo as transferências e a funcionalidade, especialmente na posição semi-ajoelhada, conseguindo-a sem ajuda.

Palavras-chave: lesão medular. trauma medular fisioterapia, paraplegia.

INTRODUÇÃO

De acordo com SOUSA (2014), o traumauimedular é uma forma de agressão a medula espinhal e assim pode levar a danos neurológicos, como as alterações das funções motoras, sensitivas e autônomas, e com predominância é no sexo masculino na faixa etária dos 15 aos 40 anos. Muitos dos casos são por acidentes automobilísticos, quedas de altura, mergulhos em água rasa, e ferimentos por arma de fogo sendo esse o mais visto.

O dano à medula vai variar de uma concussão transitória onde o paciente se recupera completamente até uma transecção completa da mesma e assim o tornando paralisado abaixo do nível da lesão. O risco é maior quando ocorre acometimento da parte neurológica, nas raízes nervosas, nervos periféricos e medula. Sendo assim ocorrem algumas alterações



fisiológicas como: choque medular, choque neurogênico, trombose venosa profunda, disreflexia autônoma, bexiga neurogênica, intestino neurogênico, espasticidade, úlceras por pressão, pneumonias, alterações psicossociais e infecções SOUSA (2014).

De acordo com VENTURINI (2006) [...] logo após a lesão raquimedular ocorre a fase do choque medular, o qual pode ter duração de quatro a oito semanas, variando de caso a caso e sendo caracterizado por anestesia superficial e profunda, paralisia flácida da musculatura abaixo do nível da lesão e arreflexia. A próxima fase é a de retorno da atividade medular reflexa, onde o choque medular regride e a flacidez acaba sendo substituída pela espasticidade, que é a resposta motora do arco reflexo. A última fase corresponde ao ajuste do paciente à sua condição de para ou tetraplegia.

Nos primeiros minutos do TRM são comuns complicações como a hipertensão arterial e disritmias cardíacas, seguidas da fase de choque, resultante da diminuição do tônus simpático e perda das respostas motora e sensitiva, com duração de três a seis semanas, caracterizada por manifestações cardiovasculares e neurológicas importantes, destacando-se a diminuição do retorno venoso pela vasodilatação periférica; a diminuição do volume sistólico e débito cardíaco; a bradicardia e a diminuição da tolerância ao exercício; a alteração da termorregulação; a diminuição do fluxo sanguíneo para os músculos em atividade e a paralisia flácida. (FERREIRA, 2012).

Conforme as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular (2013) o nível da lesão diz respeito à limitação do paciente, se a altura da lesão for mais alta resulta numa maior área corporal. Cervical (C1 a C7) compromete MMSS, tronco e MMII. Torácica (T1 a T12) compromete tronco e MMII. Lombar (L1 a L5) compromete os MMII. Sacral (S1 a S5) comprometimento leve dos MMII. A lesão pode ser classificada como completa ou incompleta. As lesões completas são caracterizadas pela completa perda da função sensitiva e também motora abaixo no nível da lesão, não existe atividade motora voluntária de S4 a S5. E incompletas quando existe a presença de alguma função motora ou sensitiva abaixo do nível da lesão, S4 a S5. Assim, existe a classificação dos níveis de lesão cervical como tetraplegico, tetraparético, paraplégico e para parético. Nos níveis de lesão cervical até T11 apresentam paralisia espástica e de T12 para baixo apresentam paralisia flácida. Como recurso para avaliar o grau de deficiência da pessoa com lesão medular, existe a escala ASIA, que vai do grau “A” ao “E”, sendo “A” lesão medular completa e “E” normal, sem lesão. Ainda, nessa escala, é possível avaliar a extensão da lesão medular, onde tetraplegia refere-se a diminuição



ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos cervicais, resultando em diminuição da função dos braços, tronco, pernas e órgãos pélvicos. Já a paraplegia refere-se a diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva dos segmentos torácicos, lombares ou sacrais, onde o funcionamento dos braços não é acometido, porém dependendo do nível da lesão, pode incluir o tronco, pernas e órgãos pélvicos.

O TRM pode envolver uma série de complicações, de acordo com BRUNI (2004), a TVP é uma complicação decorrente da imobilidade comum em pacientes com TRM. Aqueles que a desenvolvem estão sob risco de embolia pulmonar. A presença de TVP é avaliada através da mensuração da panturrilha e constatada caso haja aumento significativo na circunferência deste segmento.

Ainda segundo BRUNI (2004), os problemas respiratórios estão relacionados com o comprometimento da função pulmonar cuja gravidade depende do nível da lesão. Os músculos que contribuem com a respiração são os abdominais-intercostais, enervados por T1 a T11, e o diafragma enervado pelo nervo frênico do plexo cervical com raízes de C3 a C5. Por isso, no traumatismo da coluna cervical alta, a insuficiência respiratória aguda é a causa mais comum de morte.

A bexiga é controlada por mecanismos voluntários e involuntários, e, imediatamente após um trauma medular, torna-se atônica e não pode contrair-se pela atividade reflexa. A retenção urinária é o resultado imediato da lesão medular. Como o paciente não sente a distensão vesical, o super estiramento da bexiga e do músculo detrusor pode ocorrer e retardar o retorno da função vesical. Qualquer lesão nervosa que interfira neste mecanismo origina uma bexiga neurogênica. Devido à interrupção dos nervos da medula espinhal, as mensagens advindas da porção retal para o cérebro não conseguem passar pelo bloqueio na altura da lesão, o que pode resultar em movimentação intestinal insuficiente e acarretar constipação e impactação fecal. Os efeitos da imobilidade dessa musculatura variam dependendo do nível e da extensão da lesão. O mecanismo de esvaziamento intestinal é coordenado pelo nível medular S2 a S4 e a lesão a este nível deve incapacitar o desenvolvimento da defecação automática. (BRUNI, 2004).

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um relato de experiência das atividades desenvolvidas na disciplina de Fisioterapia Neurofuncional da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, que durante o semestre teve-se a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos adquiridos, essas realizadas na Clínica



Escola de Fisioterapia da mesma instituição, com início em trinta de setembro de dois mil e vinte e término em vinte e cinco de novembro do mesmo ano.

O atendimento ao paciente foi realizado em duplas, para avaliar com base na anamnese, exames físicos, testes específicos e com isso planejar um plano de tratamento em forma de tabela colocando os objetivos a serem alcançados e as técnicas desenvolvidas com base em estudos de artigos, conforme diagnóstico fisioterapêutico elaborado pela dupla.

Na terapia foi utilizado a movimentação passiva, alongamentos passivos para diminuição de tônus muscular de MMII, alongamentos ativos assistidos de MMSS, posição gatos com e sem apoio no feijão para melhorar a funcionalidade, exercícios para fortalecimento de tronco como abdominais no Cadillac, com cones e feijão, fortalecimento de MMSS no Cadillac, e com halteres e thera band, senta e levanta com auxílio do espaldar, e além disso foi realizado a terapia manual em trapézio, grande dorsal, rombóides para aliviar tensão postural.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da avaliação neurofuncional foi possível elaborar o diagnóstico fisioterapêutico: controle motor de MID e MIE proximal e distal ausente (0). Tônus muscular em quadríceps e gastrocnêmio direito e esquerdo forte resistência (4), e em isquiotibiais e sóleo direito e esquerdo leve resistência (3). Presença de clônus em MMII. Reflexo patelar esquerdo diminuído e aquileu direito e esquerdo ausentes. Força muscular diminuída em flexores de ombro direito, rotadores do ombro direito e esquerdo, flexores de cotovelo direito. Sensibilidade epicrítica alterada em tronco e em MMII e protopática alterada em MMII. Sentido de posição e movimento alterado em MMII. Funcionalidade de joelhos e semi-ajoelhado alterada. Coordenação e equilíbrio alteradas em MMII.

A terapia de movimentação passiva traz benefícios na manutenção da integridade da articulação. O alongamento associado a respiração profunda diminui a espasticidade, a tensão muscular, e evita a perda dos movimentos. Além disso, o treinamento resistido de MMSS é grande aliado no tratamento já que o perfil desses pacientes é o sedentarismo devido estilo de vida que acaba não tendo um estímulo necessário para adequar o condicionamento, um dos benefícios é aumentar a resistência muscular, melhorar a capacidade funcional, buscar a independência e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida. O cicloergômetro é outro



dispositivo usado na terapia capaz de promover o trabalho muscular associado ao respiratório. O ortostatismo foi aplicado durante os atendimentos, sendo capaz de prevenir a perda de massa óssea, promover o equilíbrio do sistema hemodinâmico, prevenir contraturas, aumentar a função urinária e também intestinal e entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto a prática na disciplina é de suma importância para formação profissional juntamente a vivência com indivíduos jovens que sofreram algum trauma medular, já que está cada vez mais frequente entre pessoas jovens o aumento da violência acarretando em ferimentos por arma de fogo e acidentes de trânsito e devido a gravidade da lesão exige muito do paciente e fisioterapeuta juntamente com outros profissionais para a melhora da função e qualidade de vida sendo que maioria dos casos se torna irreversível. A vivência com o paciente foi possível entender que ele pode levar uma vida normal dentro de suas adaptações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRUNI, Denise Stela et al. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 71-79, 2004.

FERREIRA, Lucas Lima et al. Atuação Fisioterapêutica na Lesão Medular em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 4, p. 612-617, 2012.

LEITE, Juliana Valéria et al. Influência do ortostatismo no controle de tronco e na espasticidade de pacientes paraplégicos. **Intellectus**, v. 4, p. 363-70, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**, 2013.

SOUSA, Érica Patrícia Dias de et al. Principais Complicações do Traumatismo Raqui Medular nos Pacientes Internados na Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. Brasília-DF. 2014.

Venturini DA, Decesaro MN, Marcon SS. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular., **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 2006;27:219-29.