

AVC, um estudo de caso. Contributos da Enfermagem de Reabilitação

Diz, Elisabete de Fátima Dinis MS,c.¹ ; Gomes, Maria José Ph,D.² ; Henriques, Graciette Cruz Coelho Couto .³

¹ Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital dos Capuchos –MS.c em Enfermagem de Reabilitação e.diz@iol.pt

² Professora Adjunta; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Ph,D em Sociologia Universidade do Minho mgomes@ipb.pt

³ Enfermeira no Centro Hospitalar de S. João Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Torácica , com Especialização em Enfermagem de Reabilitação gccch@sapo.pt

REABILITAR
CIENTÍFICO
CRÍTICO



NI Núcleo de Investigação
e Intervenção no Idoso

Palavras-chave: AVC, Cerebelo, Reabilitação

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral define-se como sendo um défice neurológico súbito, de duração superior a 24 horas, motivado por um distúrbio da circulação cerebral, que pode ser de natureza isquémica ou hemorrágica. Este acontecimento pode ocorrer de forma súbita, devido à presença de fatores de risco vasculares ou por alteração neurológica focal (aneurisma).

A presença de transtornos nas funções neurológicas origina défices ao nível das funções motoras, sensoriais, perceptivas, cognitivas e da linguagem.

OBJETIVO

⇒ Apresentar o plano de reabilitação num doente com AVC do cerebelo

MÉTODO

Foram utilizadas as seguintes escalas: NIHSS, Ashword, Lowe modificada, Berg e Morse

CASO CLÍNICO

Doente com 63 anos, sexo masculino, raça caucasiana. Autónimo em todas as atividades de vida, encontrando-se ainda ativo em termos profissionais. Na sequência da prostatectomia radical a que foi submetido por neoplasia maligna da próstata apresentou um quadro de diplopia e cefaleias, pelo que realizou ressonância magnética crânio encefálica (RMN-CE), que revelou lesão isquémica aguda cerebelosa direita, com efeito de massa loco regional e compressão do IV ventrículo, motivo pelo qual foi transferido para a UCV a 08/11/2014.

CONCLUSÕES

Desde o primeiro dia de internamento, manteve-se muito agitado, com necessidade frequente de terapêutica, ficando posteriormente sonolento. Esta oscilação no estado de consciência, por vezes dificultou a avaliação neurológica verificaram-se pequenas evoluções, à entrada na UCV com NIHSS=16, no dia 15 com NIHSS=10. Embora a escala de Berg não o traduza (score =9), houve melhoria no equilíbrio dinâmico em pé. As alterações comportamentais apresentadas pelo doente, condicionaram de certa forma o processo de reabilitação.

REFERÊNCIAS

Bugalho,P., Correia, B., Baptista, M.V., 2006, Papel do Cerebelo nas Funções Cognitivas e Comportamentais Bases Científicas e Modelos de Estudo. Acta Med Port, 19: 257-268

Hoeman, Shirley P. (2000), Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo, 2ª edição, Loures, Lusociência, ISBN 972-8383-13-4

PLANO DE CUIDADOS

Data	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
13/11/2014	✓ Alteração da comunicação, relacionada com disartria e hipofonia	<ul style="list-style-type: none">➢ Promover ambiente calmo, sem ruído➢ Eliminar fatores de distração➢ Incentivar o doente a falar pausadamente e mais alto➢ Ensinar técnicas respiratórias: controle e dissociação dos tempos respiratórios e inspirações profundas➢ Dar reforço positivo	<ul style="list-style-type: none">➢ Pouco recetivo aos ensinamentos efetuados, não cumprindo o que lhe era solicitado. Manteve disartria e hipofonia
13/11/2014	✓ Alteração da mobilidade relacionada com déficiente equilíbrio (estático e dinâmico) em pé	<ul style="list-style-type: none">➢ Avaliar equilíbrio corporal através da escala de Berg➢ Incentivar a realização de técnicas de exercício muscular e articular: auto mobilizações, rolamento e ponte➢ Promover a facilitação cruzada➢ Treino de equilíbrio estático e dinâmico em pé➢ Correção postural	<ul style="list-style-type: none">➢ Realiza sem dificuldade a ponte e rolamento.➢ Necessita de muito estímulo para executar auto mobilizações.➢ A 15/11 fez levante para cadeirão, com equilíbrio estático e dinâmico sentado e deficiente equilíbrio em pé, com oscilação na passagem da cama para o cadeirão. Com postura de flexão do tronco, feita correção postural, mostrando-se pouco recetivo.➢ A 16/11, com equilíbrio estático em pé e sem oscilações nas transferências. Fez treino de deambulação com andarilho, com aumento da base de sustentação à custa do membro inferior esquerdo, desvio para a esquerda, flexão da cabeça e tronco com desvio para a esquerda. Feita correção postural. Deu aproximadamente 20 passos, sem repercussões hemodinâmicas e respiratórias Foi utilizado cinto de transferências devido às alterações da marcha. Não foi realizado novo treino devido à agitação motora na segunda metade do turno.➢ A 18/11 foi realizado levante para cadeirão, com equilíbrio sobreponível ao dia 16. Não foi realizado treino de deambulação devido ao estado de sonolência.
13/11/2014	✓ Risco de alteração da ventilação	<ul style="list-style-type: none">➢ Avaliar padrão respiratório➢ Controlo e dissociação dos tempos respiratórios➢ Reeducação diafragmática posterior➢ Reeducação costal global e eletiva➢ Ensino da tosse dirigida e assistida	<ul style="list-style-type: none">➢ Com padrão respiratório misto, média amplitude, irregular, por vezes polipneico. Murmúrio vesicular, inicialmente globalmente diminuído, sem ruídos adventícios.➢ Necessita muito estímulo para realizar dissociação dos tempos respiratórios.➢ Tosse eficaz, expelindo secreções mucosas.
15/11/2014	✓ Risco elevado de queda	<ul style="list-style-type: none">➢ Avaliar o risco de queda, através da escala de Morse➢ Manter grades da cama elevadas➢ Se necessário utilizar contenção física➢ Vigilância permanente	<ul style="list-style-type: none">➢ Apesar do valor de 80 na escala de Morse e da agitação motora, não se verificaram quedas.