	PROTOCOLO PARA REABILITAÇÃO E MANEJO DO PACIENTE INTERNADO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO AGUDO	
	Local: Unidades de Internação	Edição: 14/08/2012 Versão: 001 Data Versão: 17/07/2015 Página: 1/17

1- CONSIDERAÇÕES GERAIS

O acidente vascular encefálico (AVE) é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um quadro clínico resultante da perturbação focal ou global da função cerebral (WHO, 1988). A má perfusão cerebral após uma isquemia ou uma hemorragia dos vasos que irrigam o cérebro, sob o ponto de vista clínico, gera distúrbios sensório-motores que decorrem em hemiplegia ou hemiparesia (perda total ou parcial da função motora), incoordenação motora, hipertonia espástica do membro superior e inferior contralaterais à lesão e fraqueza ipsilateral e contralateral ao hemisfério lesado (BOHANNON, 1990; BOHANNON, 1995; ANDREWS & BOHANNON, 2000). As doenças cerebrovasculares, incluindo o AVE, são a segunda maior causa de morte do mundo (WHO, 2008), observando-se uma incidência anual de 156 casos a cada 100.000 habitantes (RADANOVIC, 2000) e uma mortalidade de 52,61 óbitos por 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), além de serem consideradas umas das principais causas de incapacidade no adulto (CARMICHEL, 2005). No Brasil, o AVE constitui a primeira causa de mortalidade com 8,6% do total de óbitos em 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). São as doenças que demandam mais ações, procedimentos e serviços, sendo responsáveis por altos custos diretos em saúde, os quais totalizam, anualmente, 7,5 bilhões de reais em gastos ambulatoriais e internações (MALTA et al., 2006).

2- PROPOSTA / ESCOPO

Protocolos padronizados podem criar mecanismos eficientes e seguros. Considerando os princípios da medicina baseada em evidências, eles buscam estabelecer um consenso na decisão terapêutica sobre determinada situação de saúde e um equilíbrio entre o custo e benefício do tratamento de cada paciente.

O protocolo fisioterapêutico para AVE tem como objetivo principal a redução de sequelas motoras instituindo a reabilitação precocemente. Por conseguinte, pretende reduzir custos com a redução do tempo de internação hospitalar do paciente e a prevenção de complicações (por exemplo: pneumonias, fraturas, luxações, deformidades...). Pretende-se padronizar o atendimento fisioterapêutico dos pacientes internados neste hospital com diagnóstico de acidente vascular encefálico isquêmico, na Emergência, no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e Unidades de Internação, considerando principalmente a seleção, monitoração, avaliação/reavaliação (coleta de dados e indicadores de qualidade) e cuidados do paciente, bem como o treinamento e capacitação da equipe.

3- CONTEÚDO

A seguir serão apresentadas as indicações, avaliação, critérios de seleção, contra-indicações, monitoração, cuidados com o paciente, posicionamentos, manuseios e modo de instalação dos dispositivos auxiliares, critérios de falha, descontinuação e sucesso conforme as melhores evidências e recomendações para o atendimento de pacientes com AVE isquêmico agudo em ambiente hospitalar.

a) Indicações:

Pacientes internados por diagnóstico de AVE isquêmico.

b) Critérios de seleção:

Episódio agudo de AVE isquêmico com solicitação médica de fisioterapia.

c) Critérios de interrupção temporária do protocolo (contra-indicações relativas):

Nos casos em que o paciente encontra-se com alguma instabilidade

hemodinâmica (se a pressão arterial (PA) baixar mais de 30mmHg durante a atividade, PA instável acima de 200/110, saturação de O₂ abaixo de 92% com ou sem suplementação de O₂, frequência cardíaca (FC) abaixo de 40bpm ou acima de 100bpm e temperatura corporal acima de 38,5°C) (BERNHARDT et al, 2008), mal estar, indisposição ou negação, o protocolo será interrompido temporariamente no turno ou mesmo naquele dia, mas imediatamente após a estabilização do quadro o paciente retorna às rotinas do protocolo.

d) Rotinas, manuseios e posicionamentos:

- **AVALIAÇÃO:** Realizar avaliação fisioterapêutica neurológica completa (incluindo Escala de Ranking Modificada e Índice de Barthel – ANEXO 1) do paciente internado por AVE isquêmico assim que o mesmo possuir prescrição médica de fisioterapia na Emergência Hospitalar ou no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e iniciar as rotinas e manuseios. Reavaliar o paciente no dia da transferência para a Unidade de Internação (para coleta dos dados e indicadores de qualidade) e no dia da alta hospitalar com as mesmas escalas.

- CUIDADOS E MANUSEIOS NOS TRÊS PRIMEIROS DIAS:

Monitoração dos sinais vitais: ausculta pulmonar, PA, FC, temperatura corpórea, saturação de oxigênio e padrão ventilatório para fins de manutenção ou interrupção temporária do paciente no protocolo.

Posicionamento: Nos casos de AVE Isquêmico a cabeça deve manter-se baixa no mesmo nível do corpo para manter irrigação e ativação da circulação colateral (OMS, 2003). Nos casos específicos, onde há de risco de aspiração (por exemplo, aqueles com disfagia e/ou consciência diminuída); descompensação cardiopulmonar ou dessaturação de oxigênio (por exemplo aqueles com doenças cardíacas ou pulmonares crônicas) recomenda-se manter 30° de elevação da cabeça. (FILHO et al, 2011)

- POSICIONAMENTO

O posicionamento do paciente é muito importante nesta fase e deve ser orientado aos técnicos de enfermagem o controle do tempo para as trocas de decúbito, que devem ser realizadas a cada duas ou três horas (SHARKEY et al. 2011), além do posicionamento correto para cada decúbito:

* Deitado sobre o lado hemiplégico: a posição mais importante de todas, deve ser introduzida imediatamente, pois diminui a espasticidade pelo alongamento lateral e aumenta a percepção corporal. Ainda deixa a mão hábil livre para realizar tarefas. O paciente deve ficar com leve flexão de cabeça, tronco rodado um pouco para trás e mantido por um travesseiro. O membro superior hemiplégico deve ser posicionado para frente em flexão de 90° (cuidar para não ficar em protração), antebraço supinado e punho levemente estendido. O braço sadio repousa sobre o corpo do paciente ou sobre o travesseiro das costas. As pernas devem ficar afastadas, com a perna sadia em flexão de quadril e joelho apoiada sobre um travesseiro e a perna hemiplégica estendida no quadril e levemente fletida no joelho (BOBATH, 2001; DAVIES 1996).

* Deitado sobre o lado sadio: o tronco deve ficar sem inclinação, o membro superior hemiplégico deve estar posicionado sobre um travesseiro à frente do corpo do paciente com 100° de flexão anterior enquanto que o outro braço deve permanecer em uma posição confortável para o paciente. A perna hemiplégica fica à frente, sustentada por travesseiro com flexão de quadril e joelho, cuidando para não deixar o pé suspenso em plantiflexão e a outra perna permanece estendida (BOBATH, 2001; DAVIES 1996).

* Deitado em supino: usar pouco esta postura porque libera a atividade reflexa anormal por influência da reação cervical e labiríntica. O leito deve ser mantido na horizontal e a cabeceira não deve ser elevada porque reforça a flexão indesejada do tronco com extensão das pernas. Evitar colocar algo na mão plégica para não estimular o tônus flexor, apenas posicioná-la em dorsiflexão de punho e pronação. Cabeça sobre um travesseiro não muito

alto e virada para o lado hemiplégico, posicionar um travesseiro embaixo da escápula do lado plégico, com MsSs estendido, elevado e levemente rodado externamente. Outro travesseiro deve ser colocado embaixo do quadril hemiplégico mantendo a perna em linha média, sem travesseiros abaixo do joelho ou panturrilha, evitar que o MI permaneça em rotação interna e o tornozelo em plantiflexão, posicionar o membro com travesseiros na face medial da perna, evitando assim a rotação interna; devido ao peso das cobertas o tornozelo tende a permanecer em plantiflexão, como ação de contramedida, apoiar a planta do pé com almofadas ou avaliar a necessidade de utilização de órteses de posicionamento para manter a integridade articular e evitar encurtamentos musculares (BOBATH, 2001; DAVIES 1996).

- MOBILIZAÇÃO PRECOCE

A manutenção do paciente na horizontal é uma medida temporária que deve ser interrompida o quanto antes possível já dentro das primeiras 24 horas, pois a mobilização precoce (incluindo mudanças de decúbito, sentar o paciente na cama, ficar de pé 2 vezes ao dia e, quando possível, caminhar) é necessária para diminuir a probabilidade de complicações causadas pela imobilização como pneumonia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar e úlceras de pressão e estimular a funcionalidade após o AVE (FILHO et al, 2011). Há evidências de que a mobilização, após três dias do evento, favorece marcha mais acelerada, melhor mobilidade corporal e deambulação funcional (PEURALA et al, 2009), reduzem os níveis de depressão, ansiedade e irritabilidade do paciente em sete dias após o AVE (CUMMING et al, 2008), reduz o tempo de internação hospitalar, mortalidade e comorbidades (WOO et al, 2008, INDREDAVIK et al, 1991 e 1999)

A mobilização passiva (na fase flácida) e assistida precoce de MsSs e MsIs sempre deve ser realizada globalmente (BERNHARDT et al, 2008), porém do lado hemiplégico deve-se ter maiores cuidados e realizar os manuseios através de pontos-chaves mais proximais (ex: cabeça, ombro, esterno, quadril) para evitar luxações e favorecer o tônus mais próximo do

normal. (BOBATH, 2001)

- TREINO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS

Quando possível iniciar com treino das trocas de decúbito de forma independente, maximizando a atividade abdominal do paciente, ou seja, realizar as trocas de posição sem apoios, enfocando a rotação de tronco; estimular exercícios auto-assistidos de MsSs. (DAVIES, 1996)

O treino de transferência para ortostase e a evolução para o controle do manejo de peso no membro inferior parético também são iniciados nos primeiros dias. Caso o paciente não tenha equilíbrio suficiente para manter-se nesta posição, pode-se estimular a descarga de peso em MsIs com o uso do Lift Ortostático, já nos casos em que o paciente consegue manter-se na posição, porém não realiza a marcha independente e há dificuldade para o fisioterapeuta auxiliar a postura, o estímulo pode ser oferecido através do Lift Funcional (VISINTIN et al, 1998; PEURALA et al, 2009).

Adquirida a postura em ortostase com mínimo auxílio ou independente, iniciar o treino de marcha com abordagem do paciente anteriormente de forma simétrica, posteriormente com estímulo no quadril e abdômen inferior do lado parético ou abordagem lateralmente do lado afetado.

- INSTALAÇÃO DOS DISPOSITIVOS AUXILIARES:

Lift Ortostático (ANEXO 2)

Lift Funcional (ANEXO 3) (VISINTIN et al, 1996)

e) Critérios de falha:

- Instabilidade hemodinâmica (critérios mencionados anteriormente)
- Uso de medicações
- Heminégligência
- Depressão
- Diminuição do sensorio

- Falta de colaboração do paciente e seus familiares
- Confusão mental
- Senilidade
- Obesidade

f) Sucesso:

Aceitação do hemicorpo afetado, controle de tronco, independência funcional precoce, alta hospitalar com o paciente realizando trocas de posturas com mínimo auxílio (deitado para sentado, sentado para ortostase e de pé para sentado), se possível, deambulando sem dispositivo auxiliar de marcha.

4- MACROFLUXO (ANEXO 4)

5- INDICADOR

Índice de Barthel

Descrição: diferença das médias do Índice de Barthel no início e no final do protocolo x 100.

Meta: melhora de 50%

6- REFERÊNCIAS

Adams HP Jr, Zoppo G, Alberts MJ, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke* 2007; 38:1655.

Andrews AW, Bohannon RW. Distribution of muscle strength impairments following stroke. *Clin Rehabil* 14(1): 79-87, 2000.

Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Collier J, Donnan G. A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (AVERT): Phase II Safety and Feasibility. *Stroke* 2008, 39:390-396

Blanton S, Wilsey H, Wolf SL. Constraint-induced movement therapy in stroke rehabilitation: Perspectives on future clinical applications. *NeuroRehabilitation*, 2008; 23: 15–28

Bobath B. Hemiplegia em adultos. Ed. Manole. 2001. 3º edição

Bonaiuti, D., Rebasti, L., Sioli, P. The Constraint Induced Movement Therapy: a systematic review of randomized controlled trials on the adult stroke patients. *Eura Medicophys*, 2007; 43: 139-46.

Bohannon RW. Measurement, nature, and implications of skeletal muscle strength in patients with neurological disorders. *Clinical Biomechanics* 10 (6): 283-293, 1995.

Bohannon RW. Significant relationships exist between muscle group strengths following stroke. *Clinical Rehabilitation* 4: 27-31, 1990.

Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 2006;64(3-A):690-697

Carmichel, ST. Plasticity of cortical Projections after stroke. *Neuroscientist*. 9: 64-75, 2003.

Corbetta, D., Sirtori, V., Moja, L., Gatti, R. Constraint-induced movement therapy in stroke patients: systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Phys. Rehabil Med*, 2010; 46: 537-44.

Cumming TB, Collier J, Thrift AG, Bernhardt J. The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being. *J Rehabil Med* 2008; 40: 609–614

Davies PM. Exatamente no centro. Ed. Manole. 1996. 1º edição

Davies PM. Passos a seguir. Ed. Manole. 1996. 1º edição

Dysfunction After Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:972-82.

Filho JO, Koroshtz WJ, Kasner SE, Dashe JF. Initial assessment and management of acute stroke. <http://www.uptodate.com/contents/initial-assessment-and-management-of-acute-stroke> (maio 2011)

Haan DR, Limburg M, Bossuyt P, Meulen JVD, Aarons N. The clinical meaning of rankin handicap grades after stroke. *Stroke* 1995; 26: 2027-2030.

Indredavik B, Bakke F, Slordahl S, Rokseth R, Haheim L, Holme I. Benefits of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke*. 1991;22: 1026–1031.

Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL. Treatment in a Combined Acute and Rehabilitation Stroke Unit : Which Aspects Are Most Important? *Stroke* 1999, 30:917-923

Lindsay P, Bayley M, Hellings C, Hill M, Woodbury E, Phillips S. Canadian best practice recommendations for stroke care (updated 2008). *CMAJ* 2008;179(12 SUPPL):S1-S25

Loewen SC, Anderson BA. Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index.. *Phys Ther* Vol. 68, No. 7, 1988; pp. 1077-

1081.

Malta DC, Cezario AC, Moura L, et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2006;15(3): 47-65.

Mark, V.W., Taub, E., Morris, D.M. Neuroplasticity and Constraint-Induced Movement Therapy. *Eura. Medicophys*, 2006; 42: 269-84.

Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral. Ed. Artmed, 2003.

Peurala SH, Airaksinen O, Huuskonen P, Jäkälä P, Juhakoski M, Sandell K, Tarkka IM, Sivenius J. Effects of intensive therapy using gait trainer or floor walking exercises early after stroke. *J Rehabil Med* 2009; 41: 166–173

Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 99-106, 2000.

SBDCV-Sociedade Brasileira de Doenças Cerebro Vasculares– Grupo de Trabalho de Patologia Vascular Cerebral da ABN. Escala de Rankin de incapacidade modificada e índice de Barthel modificado. *Newsletter* 1999;6:7.

Sharkey S, Hudak S, Horn SD, Spector W. Leveraging certified nursing assistant documentation and knowledge to improve clinical decision making: the on-time quality improvement program to prevent pressure ulcers. *Adv Skin Wound Care*. 2011; 24(4):182-8; quiz 188-90.

Shi YX, Tian JH, Yang KH, Zhao Y. Modified Constraint-Induced Movement Therapy Versus Traditional Rehabilitation in Patients With Upper-Extremity. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92:972-82.

Taub E, Crago JE, Uswatte G. Constraint-induced movement therapy: a new approach to treatment in physical rehabilitation. *Rehabil Psychol* 1998;43:152-70.

Urwyler, S.A., Schuetz, P.;Fluri, F; Morgenthaler, N.G., Zweifel C.; Bergmann, A.; Bingisser, R.; Kappos, L.; Steck, A; Engelter, S.; Müller, B; Christ-Crain, M.; Katan, M. Prognostic Value of Copeptin One-Year Outcome in Patients With Acute Stroke. *Stroke*. 2010; 41:1564-1567.

Visintin, M.; Barbeau, H.; Korner-Bitensky, N.; Mayo, N.E. A New Approach to Retrain Gait in Stroke Patients Through Body Weight Support and Treadmill Stimulation. *Stroke*. 1998; 29(6):1122-1128.

Wilson JTL, Harendran A, Grant M, Baird T, Schulz UGR, Muir KW, Bone I. Improving the assessment of outcomes in stroke: Use of a structured interview to assign grades on the modified rankin scale. *Stroke*. 2002; 33:2243-2246.

Woo J, Chan SY, Sum MWC, Wong E, Chui YPM. In patient stroke rehabilitation efficiency: Influence of organization of service delivery and staff numbers. *BMC Health Services Research* 2008, 8:86

World Health Organization (WHO). Project Investigators: The World Health Organization - MONICA Project (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). *J Clin Epidemiol* 41: 105-114, 1988.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de Avaliação

Protocolo AVC Isquêmico



1. Nome do paciente: _____
2. Data da Avaliação: ____/____/____
3. Idade: ____
4. Sexo: ☐ M ☐ F

5. Plano de tratamento

1. ☐ Clínico _____ 2. ☐ Pré-operatório _____ 3. ☐ Pós-operatório _____

6. Diagnóstico Topográfico

1. ☐ Hemiparesia _____ 3. ☐ Paraparesia 5. ☐ Quadriparesia 7. ☐ Outras _____
2. ☐ Hemiplegia _____ 4. ☐ Paraplegia 6. ☐ Quadriplegia

7. Lateralidade 1. ☐ D 2. ☐ E

8. História Funcional: 1. ☐ AVC Recorrente 2. ☐ 1º AVC

9. Estado Cognitivo

1. ☐ Alerta 5. ☐ Diminuição da percepção aos estímulos
2. ☐ Lúcido orientado 6. ☐ Desorientado
3. ☐ Confuso 7. ☐ Demência senil
4. ☐ Cooperativo 8. ☐ Não cooperativo

10. Distúrbios neurológicos associados

1. ☐ Disartria
2. ☐ Incapacidade de proteção VA
3. ☐ Afasia expressão
4. ☐ Afasia compreensão
5. ☐ Sem alterações

11. Escala de Rankin Modificada

0 - Assintomático

1 - Sintomas sem incapacidade. Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.

2 - Incapacidade leve. Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.

3 - Incapacidade moderada. Requer alguma ajuda para suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.

4 - Incapacidade moderada a grave. Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.

5 - Incapacidade grave. Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.

6 - Óbito

12. Prognóstico de Melhora Funcional:

- ☐ 1. Bom ☐ 2. Reservado

(Em caso de prognóstico reservado, prosseguir com a avaliação a partir de Sinais de Instabilidade do Ombro)

ANEXO 2

PROTOCOLO DO LIFT OSTOSTÁTICO

1- OBJETIVO

Padronizar o uso do Lift Ortostático nos pacientes internados no Hospital Mãe de Deus com a finalidade de restaurar a independência funcional precocemente.

2- ABRANGÊNCIA

Fisioterapia.

3- RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Coordenação da Fisioterapia

4- MATERIAL

Lift Ortostático.

5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/ AÇÃO

- Orientar paciente e/ou familiar sobre o procedimento,
- Posicionar o paciente em decúbito lateral,
- Colocar bermuda sob região glútea e colete sob a região dorsal,
- Posicionar paciente em decúbito dorsal,
- Prender a bermuda na altura da cintura e supra patelar bilateralmente,
- Prender o colete logo acima do local onde prendeu a bermuda na cintura, passar sobre os ombros as faixas e ajustá-la conforme a altura do paciente,
- Sentar o paciente na beira do leito e prender as fivelas do aparelho junto ao colete e a bermuda,
- Ajustar os pés e joelhos do paciente no equipamento conforme a altura do mesmo,
- Pressionar o botão de subir no controle remoto, cuidando o posicionamento dos Membros superiores e cabeça do paciente
- Conforme o paciente for adquirindo a posição ortostática questiona-lo sobre desconfortos possíveis,
- Ajustar o suporte peitoral conforme o paciente,
- Mantê-lo em ortostase por , no máximo, 30 min, ou conforme a tolerância do mesmo,
- Para retornar para a posição sentada, fazer o procedimento inverso.

5.1 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que o paciente consiga manter-se por maiores períodos em ortostase com o auxilio do equipamento, evoluindo para a manutenção da postura sem o dispositivo

6- INDICAÇÕES/ CONTRA-INDICAÇÕES

6.1 Indicações:

- Pacientes com déficit motor (hemiparesia, hemiplegia, monoparesia, monoplegia, paraplegia, paraparesia, tetraplegia, tetraparesia, etc.

6.2 Contra-Indicações:

- Relativa: Instabilidade hemodinâmica

7- ORIENTAÇÕES PACIENTE / FAMILIAR

-Explicar que o paciente pode sentir tonturas, mal estar, desconforto no local dos coletes, cansaço, hipotensão postural e que a qualquer um desses sintomas ou outro desconforto deve comunicar ao fisioterapeuta para que o mesmo tome as devidas providências para aliviar.

8- REGISTROS

Evolução no prontuário eletrônico do procedimento realizado pelo fisioterapeuta assistente, logo após a execução da rotina.

9- PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- confusão mental
- senilidade
- obesidade
- instabilidade hemodinâmica
- não colaboração do paciente e dos cuidadores

ANEXO 3

PROTOCOLO DO LIFT FUNCIONAL

1- OBJETIVO

Padronizar o uso do Lift Funcional nos pacientes internados no Hospital Mãe de Deus com a finalidade de restaurar a marcha precocemente.

2- ABRANGÊNCIA

Fisioterapia.

3- RESPONSÁVEL PELA ATIVIDADE

Coordenação da Fisioterapia

4- MATERIAL

Lift Funcional.

5- DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/ AÇÃO

- Pegar os 2 ganchos metálicos localizados no armário da Fisioterapia no 5º do HMD;
- Orientar paciente e/ou familiar sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente sentado à beira do leito;
- Colocar colete sob a região dorsal com as cintas de segurança para cima;
- Encaixar as cintas superiores nos ganchos localizados na região superior do suporte do aparelho, ajustando conforme altura do paciente e prender as faixas inferiores em torno da região coxofemoral bilateralmente;
- Orientar o paciente que segure com as mãos no apoio a sua frente

- Pressionar o botão de subir no controle remoto, cuidando o posicionamento dos membros inferiores e quadril do paciente, solicitando que ajude a manter extensão de joelhos e posição neutra de quadril;
- Conforme o paciente for adquirindo a posição ortostática questioná-lo sobre desconfortos possíveis,
- Assim que o paciente estiver numa posição ereta adequada para a marcha solicitar que tente realizar a marcha como se fosse um andador e se for necessário o Fisioterapeuta pode puxar o aparelho para facilitar o movimento no trabalho inicial;
- Mantê-lo na atividade por 10min, ou conforme a tolerância do mesmo,
- Para retornar para a posição sentada, fazer o procedimento inverso.

5.1 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que o paciente consiga manter-se por maiores períodos em ortostase e com o auxílio do equipamento treinar a marcha e o equilíbrio, evoluindo para a manutenção da postura e movimento sem o dispositivo.

6- INDICAÇÕES/ CONTRA-INDICAÇÕES

6.1 Indicações:

- Pacientes com déficit motor (hemiparesia, hemiplegia, monoparesia, monoplegia, paraplegia, paraparesia, tetraplegia, tetraparesia, etc.
- Pacientes que tenham controle e tronco sentados, mas que não conseguem manter-se na posição de pé e realizar a marcha independentes;

6.2 Contra-Indicações:

- Pacientes sem controle de tronco;
- Inabilidade hemodinâmica
- Fraqueza muscular grave

7- ORIENTAÇÕES PACIENTE / FAMILIAR

-Explicar que o paciente pode sentir tonturas, mal estar, desconforto no local dos coletes, cansaço, hipotensão postural e que a qualquer um desses sintomas ou outro desconforto deve comunicar ao fisioterapeuta para que o mesmo tome as devidas providências para aliviar.

8- REGISTROS

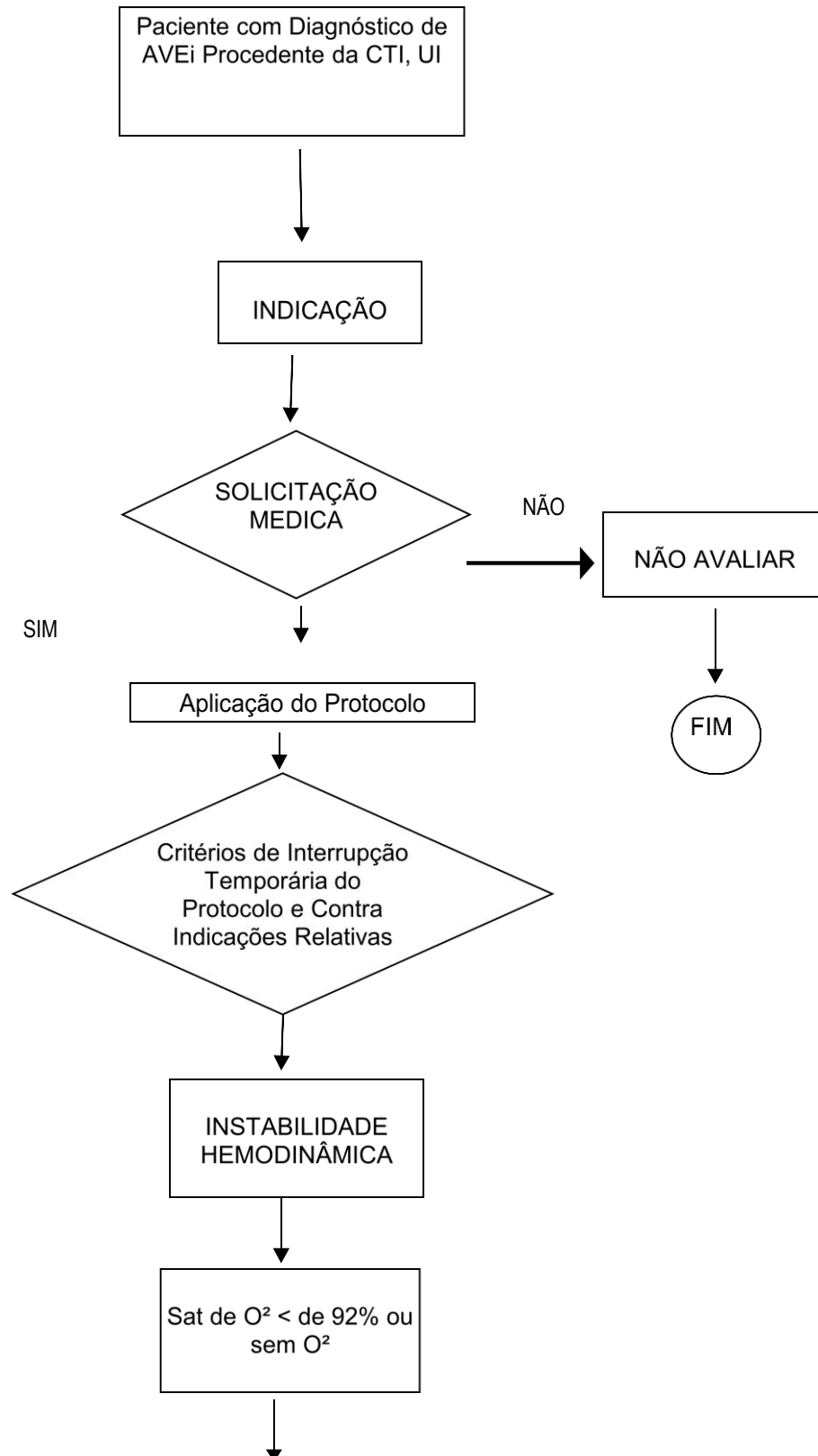
Evolução no prontuário do procedimento eletrônico realizado pelo fisioterapeuta assistente e se houve alguma intercorrência logo após a execução do procedimento.

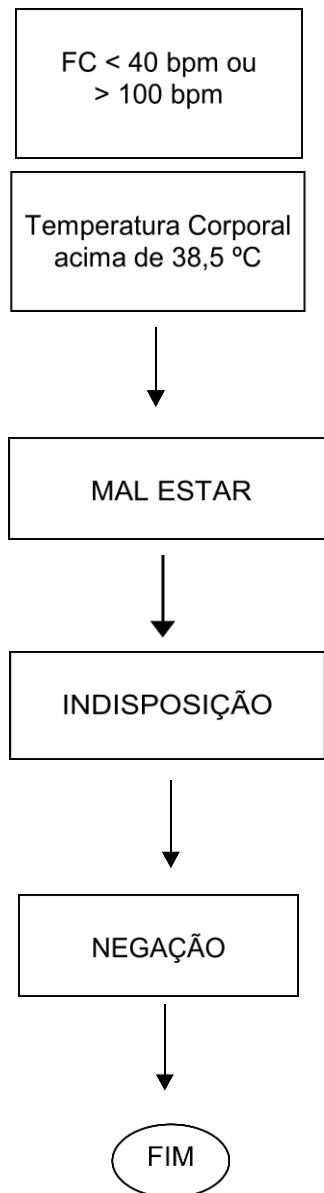
9- PONTOS CRÍTICOS / RISCOS

- confusão mental
- senilidade
- obesidade
- instabilidade hemodinâmica
- não colaboração do paciente e dos cuidadores

ANEXO 4

Protocolo de Reabilitação e Manejo do Paciente Internado por Acidente Vascular Encefálico Isquêmico Agudo





OBS.:

Protocolo interrompido no turno, ou mesmo, naquele dia

Após a estabilização do quadro paciente retorna as Rotinas do Protocolo.

Instabilidade Hemodinâmica:

PA (Pressão Arterial < 30 mmHg em atividade

PA instável acima de 200/110 mmHg