	<p align="center">PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO DE PÓS- OPERATÓRIO INICIAL DE CIRURGIA LOMBAR</p>	
	<p align="center">Fisioterapia no Pós-operatório de cirurgia lombar</p>	<p>Edição: 17/09/2012</p> <p>Versão: 001</p> <p>Data Versão: 17/07/2015</p> <p>Página: 1/7</p>

1- Considerações gerais

As cirurgias de coluna têm indicação médica conforme exames de imagem e apresentação clínica. As cirurgias envolvendo discos lombares têm 60 a 90% de sucesso reportado.^{1,2,3,4,5} Existem diferenças entre estudos quanto aos critérios de inclusão e critérios para a realização da cirurgia, sendo que 10 a 40% dos pacientes continuam sintomáticos.⁶ Dentre os sintomas estão: dor, déficits motores, diminuição da capacidade funcional, inabilidade de retorno ao trabalho ou alguma combinação.

2- Proposta/ Escopo

O protocolo fisioterapêutico para cirurgia de coluna lombar tem como objetivo principal a avaliação da funcionalidade inicial e final do paciente submetido à cirurgia de coluna avaliando níveis cirúrgicos, dor, déficits e função.

3- Conteúdo

a) Indicações:

Pacientes internados para procedimento cirúrgico de coluna lombar.

b) Critérios de seleção:

Cirurgia de coluna lombar com solicitação médica de fisioterapia.

c) Rotinas

Na avaliação inicial do paciente de cirurgia de coluna lombar serão preenchidos dados iniciais da apresentação do paciente. No decorrer dos dias de pós-operatório, os demais itens vão ser preenchidos até a alta hospitalar.

d) Condutas fisioterapêuticas realizadas com os pacientes no pós-operatório de coluna lombar (serão descritas condutas gerais, mas as condutas terão variabilidade de acordo com a apresentação clínica e sintomatologia apresentadas)

1°PO- exercícios resistidos de tornozelos, isométricos de quadríceps, ativos leves para Msls e MsSs, alongamento de cadeia posterior de Msls e trocas de postura em bloco.

2°PO- exercícios resistidos de tornozelos, isométricos de quadríceps, ativos leves para Msls e MsSs, alongamento de cadeia posterior de Msls e trocas de postura em bloco. Auxílio na saída do leito (em bloco). Se possível, no turno contrário à primeira saída do leito, início do treino de marcha leve no quarto.

3°PO- Saída do leito em bloco, início do treino de trocas de decúbito em bloco, treino de marcha com auxílio lateral, ativos para Msls em ortostase com estabilização lombar, alongamento de cadeia posterior de Msls.

4°PO- Treino de marcha com auxílio lateral, ativos para Msls em ortostase com estabilização lombar, alongamento de cadeia posterior de Msls, treino de trocas de decúbito em bloco.

5°PO- Treino de marcha de forma independente, ativos para Msls em ortostase com estabilização lombar, alongamento de cadeia posterior de Msls.

O protocolo visa avaliar a evolução funcional dos pacientes no decorrer dos atendimentos de fisioterapia. Os itens a serem avaliados são:

1- Identificação cirúrgica

1. Hérnia discal lombar

2. Artrodese de coluna lombar

2- Níveis cirúrgicos

0- L2-L3;

1- L3-L4;

2- L2-L3-L4;

3- L4-L5;

4- L4-L5-S1;

5- L5-S1;

6- L2-L3;L4-L5

- 7- L3-L4; L4-L5;
- 8- L3-L4; L4-L5; L5-S1
- 9- L2-L3; L3-L4; L4-L5
- 10- L2-L3; L3-L4; L4-L5; L5-S1
- 11- Outro_____

1) Evolução funcional-
Apresentação na avaliação

3.1.Dor

- 0- desconforto leve em FO
- 1- desconforto moderado em FO
- 2- muito desconforto em FO
- 3- desconforto leve na região doadora do enxerto ósseo
- 4- desconforto moderado na região doadora do enxerto ósseo
- 5- muito desconforto na região doadora do enxerto ósseo
- 6- desconforto leve em FO e na região doadora do enxerto ósseo
- 7- desconforto moderado em FO e na região doadora do enxerto ósseo
- 8- muito desconforto em FO e na região doadora do enxerto ósseo
- 9- desconforto posicional
- 10- desconforto posicional e em FO
- 11- desconforto posicional, FO e região doadora do enxerto ósseo

3.2. Movimento de MsIs

- 0. Movimenta os MsIs sem déficits
- 1. Movimenta os MsIs com déficit de dorsiflexão em um membro
- 2. Movimenta os MsIs com déficit de flexão de quadril em um membro
- 3. Movimenta os MsIs com déficit de extensão do hálux em um membro
- 4. Movimenta os MsIs com déficit de extensão do joelho em um membro
- 5. Movimenta os MsIs com déficit de dorsiflexão e extensão do hálux em um membro
- 6. Movimenta os MsIs com déficit de flexão de quadril e dorsiflexão em um membro
- 7. Outro_____

2) Evolução- condutas

4.1.Exercícios no leito

- 0. Realiza sem dificuldades
- 1. Realiza com dor em FO
- 2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
- 3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
- 4. Realiza com dor e déficits já descritos

4.2.Saída do leito

- 0. 2° PO com auxílio da fisioterapia
- 1. 2° PO com auxílio da enfermagem
- 2. 3° PO com auxílio da fisioterapia
- 3. 3° PO com auxílio da enfermagem
- 4. Outro_____ Motivo:_____

5. Deambulação- fase inicial

- 0. Realiza sem dificuldades
- 1. Realiza com dor em FO
- 2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
- 3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
- 5. Realiza com dor e déficits já descritos
- 6. Não realiza
- 7. Outro_____

6. Deambulação- fase final

- 0. Realiza sem dificuldades
- 1. Realiza com dor em FO
- 2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
- 3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
- 3. Realiza com dor e déficits já descritos
- 4. Não realiza
- 5. Outro_____

7. Exercícios em ortostase- fase inicial

- 0. Realiza sem dificuldades
- 1. Realiza com dor em FO
- 2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
- 3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
- 8. Realiza com dor e déficits já descritos
- 9. Não realiza.

8. Exercícios em ortostase- fase final

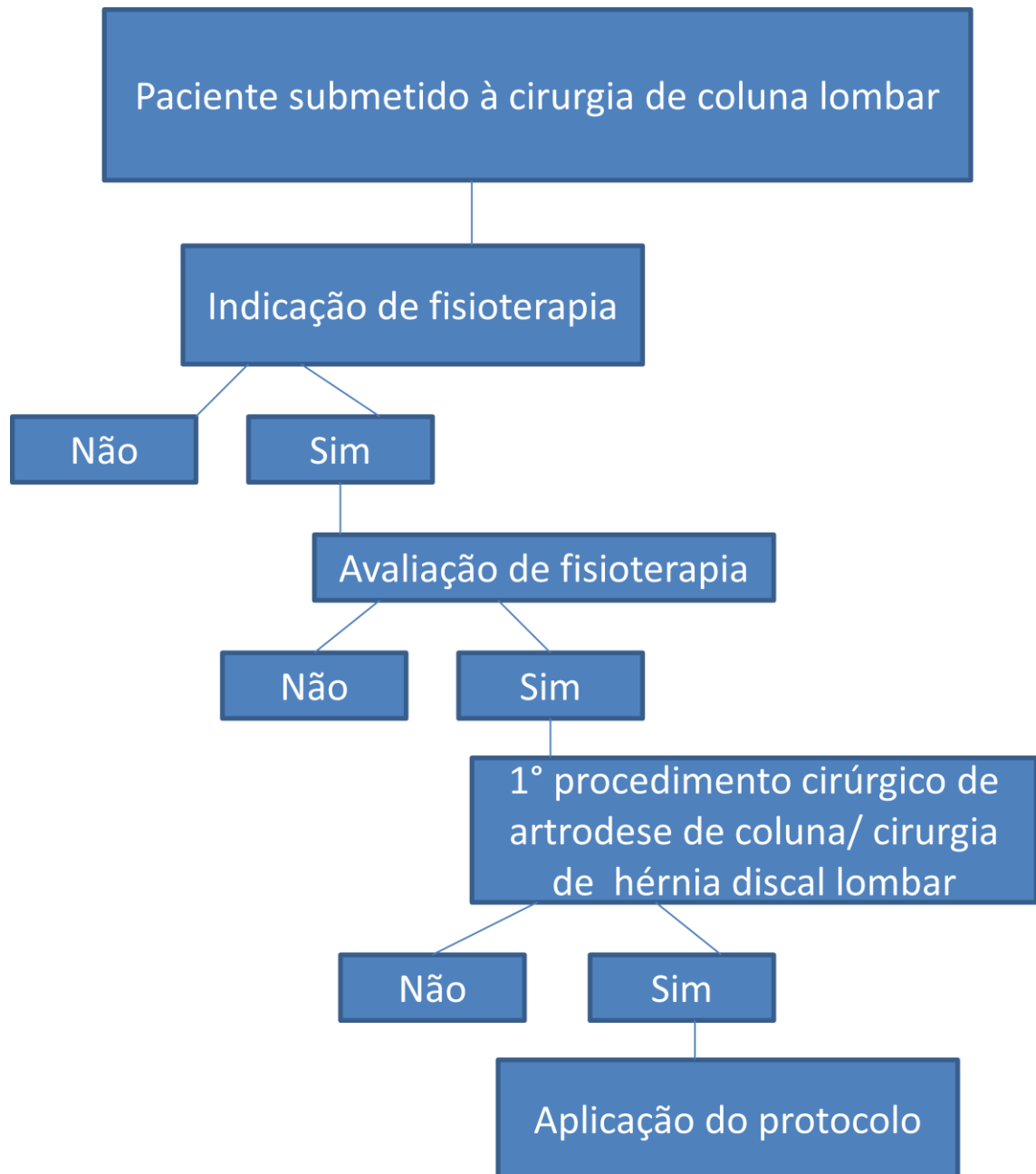
- 0. Realiza sem dificuldades
- 1. Realiza com dor em FO
- 2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
- 3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
- 4. Realiza com dor e déficits já descritos
- 5. Não realiza.

9. Independência funcional final

- 0. Realiza trocas de decúbito de forma independente
- 1. Não realiza trocas de decúbito de forma independente, requer auxílio
- 2. Consegue sentar-se na cadeira sem auxílio
- 3. Para sentar-se na cadeira requer auxílio de outra pessoa
- 4. Consegue deambular de forma independente pequenas distâncias
- 5. Não consegue deambular de forma independente pequenas distâncias
- 6. Consegue deambular de forma independente distâncias >50metros
- 7. Não consegue deambular de forma independente distâncias > 50 metros
- 8. Outro_____

10. Independência funcional final: quadro algico

- 0. Não se aplica
- 1. Devido ao quadro algico não realiza trocas de decúbito de forma independente
- 2. Devido ao quadro algico não consegue sentar-se de forma independente
- 3. Devido ao quadro algico não consegue deambular de forma independente pequenas distâncias
- 4. Devido ao quadro algico não consegue deambular de forma independente distâncias > 50 metros
- 5. Outro_____



5- Indicadores

5.1. Independência funcional: quadro álgico

Descrição: Número de pacientes com independência funcional final sem dor final/número total de pacientes avaliados x 100

Meta: 60%

5.2. Independência funcional: saída do leito

Descrição: Número de pacientes com independência funcional final que saem do leito no segundo pós-operatório/número total de pacientes avaliados x 100

Meta: 60%

6- Referências

¹ Barrios C, Ahmed M, Arroategui JI, et AL. Clinical factors predicting outcome after surgery for herniated lumbar disc: na epidemiological multivariate analysis. J Spinal Disord 1990;3:205-9.

² Hurme M, Alaranta H. Factors predicting the result of surgery for lumbar intervertebral disc herniation. Spine 1987;12:933-8.

³ Korres DS, Loupassis G, Stamos K. Results of lumbar discectomy: a study using 15 different evaluation methods. Eur Spine J 1992;1:20-4.

⁴ Manniche C, Asmussen KH, Vinterberg H, et al. Analysis of preoperative prognostic factors in first-time surgery for lumbar disc herniation, including Finneson's and modified Spengler's score systems. Dan Med Bull 1994;41:110-5.

⁵ Pappas CTE, Harrington T, Sonntag VKH. Outcome analysis in 654 surgically treated lumbar disc herniations. Neurosurgery 1992;30:862-6.

⁶ Raymond WJG, Henrica CW, Gordon W, Pieter L et al. Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery. Spine 2003;3: 209-218.