



**FISIOTERAPIA**

## PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA INTRA-HOSPITALAR

### ***Rotina no hospital Madre Teresa***

Do bloco cirúrgico o paciente será encaminhado ao apartamento ou enfermaria ou em casos específicos com condições clínicas e comorbidades por precaução ou por complicações pós cirúrgicas agudas poderá ser encaminhado para unidade de tratamento intensivo.

Possuem alto risco quanto a infecções, trombozes e embolias.

Portanto a abordagem fisioterapêutica tem como objetivo central a mobilização precoce prevenindo as complicações pós-cirúrgicas.

Ainda: auxiliar na analgesia

Prevenir encurtamentos ou contraturas

Prevenir uso inadequado e com compensações posturais dos dispositivos para auxílio a marcha.

Prevenir quedas.

Incentivar a melhor ativação muscular, prevenindo inibição muscular.

Da abordagem pós bloco cirúrgico

Seja na uti ou no quarto

#### ***1° Contato com fisioterapeuta:***

- 1- orientar o correto posicionamento, sem coxim flexor embaixo do joelho, permitindo abaixo com objetivo de elevar o membro.
- 2- protocolo price precoce- 3 a 5 x 25 a 30 min.
- 1- - Meta ( estímulo elétrico funcional em quadríceps de modo precoce), objetivo melhorar o recrutamento muscular, reduzir a inibição artrogênica, reduzir a dor e melhorar confiança do paciente). – associado à ativação isométrica voluntária do quadríceps se pós-término do bloqueio anestésico.
- 1- Alongamento e ativação de tríceps sural. Orientar repetição com auxílio de acompanhante 3 a 5 x 10.

Segundo DPO

- 1- Reforçar recomendações posturais, manter PRICE e eletroestimulação funcional (FES)..
  - 1.1 – Isometria de quadríceps x FES

Desafio: alto número de pacientes, controle de infecção( placas com higienização com água e sabão seguindo de álcool ou possibilidade de placas descartáveis.

- 2- Isometria de isquiotibiais 3 a 5 x 10 repetições.
- 3- ADM assistida – limiar de dor do paciente
  - 3.1 decúbito dorsal, assistido – deslizando pelo colchão .
  - 3.2 sentado com pernas pendentes – adm assistida.  
Angulação 0-90°.
- 4- Abdução – adução assistida 3 a 5 x 10 repetições – ( complexo lateral por vezes se encontrará fraco ou sobrecarregado contra lateral por compensações prévias durante a marcha claudicante.).
  - 4.1 Variação em caso de pacientes mais funcionais movimento poderá ser realizado em ortostatismo, com apoio em local fixo.
- 5- Elevação da perna reta (se com bom controle muscular e com bom controle algico, não realizar em pacientes com limiar baixo de dor ou sem a completa extensão do joelho.) 3 x 10, em casos com boa tolerância.
- 6- Em caso de perda da extensão terminal:
  - 6.1 Mobilização suave femoral, associado à eletroestimulação do quadríceps 3 x 10, durante atendimento, com pausa para descanso de 30 a 40 segundos.
  - 6.2 Orientação para posicionamento do membro elevado, com coxim no calcanhar (estimulo passivo).
  - 6.3 Orientar o ganho assistido com mobilização femoral 3 x 10.
  - 6.4 Associar ao alongamento de cadeia posterior passivo 3 a 5 x 30 segundos.
- 7- TREINO DE MARCHA – Com dispositivo de auxilio andador sem rodas e preferencialmente não articulado.
  - 7.1 Pacientes com fraqueza em membros superiores poderão receber a orientação para uso de andador com rodas ou articulados ou pacientes previamente adaptados ao uso do mesmo.
  - 7.2 Pacientes ativos funcionalmente e mais jovens, com menor risco de quedas, com melhor controle motor, poderão realizar marcha com auxilio de muletas ou em caso onde não ocorre a adaptação ao andador, por hábito prévio.

- 8- Treino de transferência para poltrona, alternando posicionamento, membro abordado elevado *versus* membro flexionado ao longo do dia. Evitar longos períodos na mesma posição – mudar a cada hora.

### 3° DPO

- 1- Manter protocolo do dia anterior, aumentando gradualmente a distância percorrida no treino marcha, dentro do limiar álgico e segurança para o paciente.
- 2- Se com déficit de extensão terminal, já com melhor autonomia e controle álgico durante a marcha, acrescentar treino em ortostatismo com passada retrograda sustentando por 30 segundos cada passo, favorecendo o alongamento de tríceps sural e isquiotibial.

#### Meta

distância : capacidade de marcha por 30 metros, de modo autônomo, visando alta hospitalar precoce.

Poltronas adequadas.

Cadeiras de banho ou extensor de vaso sanitário para maior conforto, durante transferências.

Higiene e prevenção de infecção nas transferências para poltronas ou cadeiras de banho.

Riscos: Hipotensão e síncope. \prevenir e orientar prevenção de quedas.

Orientações referentes a calçados adequados, de borracha, antiderrapante, preferencialmente preso ao calcanhar.

Cuidados com higiene dos pés, evitando umidade após uso prolongado de calçados fechados ou meias.

Cuidados com unhas. Cutículas após completar processo inflamatório com a cicatrização da ferida operatória.

Depilação, mesma recomendação.

### ***Complicações pós-operatória com internação prolongada***

Manter protocolo acima descrito até duas semanas, considerando possíveis alterações do limiar de dor.

Manter ênfase na manutenção e ou ganho da extensão terminal quando aumento de dor.

Estimular aumento gradual da distância percorrida caso a alteração clínica do paciente não limite ou contra indique.

### ***TROMBOSE VENOSA PROFUNDA \ EMBOLIA***

Mobilização de demais membros- cinesioterapia preventiva de perdas musculares ou articulares, consideração especial à terceira idade.

Manter alinhamento do membro submetido à artroplastia total de joelho, posicionamento passivo.

#### **0 – 72 horas.**

A partir das 72 horas de anticoagulação após discussão com corpo clínico envolvido, estímulos similares ao do pós-operatório imediato serão retomados com o membro submetido ao procedimento cirúrgico, com objetivo de manter ADM, ativação muscular e estimular marcha.

### ***INFECÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO.***

Manter cuidados referenciados no pós-operatório imediato, com a possibilidade de posicionamento com brace em caso de perda da capacidade da extensão terminal com dor intensa associada, de acordo com prescrição médica.

Quanto à evolução: de acordo com período de pós-operatório, controle algico e infeccioso,( no decorrer do uso da antibiótico terapia) após discussão com médico cirurgião evoluir quanto a ganho de ADM E de força muscular funcional.

### ***SUGESTÕES:***

#### ***Condutas:***

A partir da terceira semana em casos sem restrição a adm e com controle algico, estimular a adm além de 90°, progressivamente.

Mobilização patelar

Evolução dos dispositivos de auxílio a marcha –

Treinos sensório motor – gradual

Alongamentos de acordo com necessidade individual

Mini agachamento ou treino de sentar e levantar

Marcha lateral

Marcha retrógrada

Ciclo ergômetro – membros inferiores- ESTIMULO A ADM E CONTROLE MOTOR - 10 a 20 minutos, respeitando limiar algico, será orientado para repetição ao longo do dia.

Membros superiores – ESTIMULO AO EXERCICIO AERÓBICO 10 a 20 minutos, estímulo gradual de acordo com tolerância quanto à capacidade aeróbica.

Treino em escadas – estímulo ao controle e tolerância bilateral, opção de acordo com a evolução diária, quanto a lances de escada.

Nesse caso, as séries e número de repetições a serem utilizadas serão avaliadas de acordo com tolerância e capacidade individual, levando em consideração limiar algico.

Nota: o treino de escadas poderá ser adaptado no pós operatório imediato, caso o paciente tenha demanda para tal, acesso a domicilio sem elevador por exemplo.

### ***ENDOPROTESE DE JOELHO***

A substituição parcial dos componentes articulares do joelho, pós processos tumorais malignos ou benignos.

Objetivo da abordagem : mobilização precoce

***1º contato com fisioterapeuta:***

Orientação para posicionamento correto no leito, prevenção de encurtamentos ou contraturas.

Prevenção de quedas com orientação para uso de calçados adequados.

### ***Cinesioterapia***

- 1- PRICE – 3 A 5 X 25 MINUTOS
- 2- Alongamento e ativação de tríceps sural 3 a 5 x 10.
- 3- Estimulo a ativação do quadríceps 3 a 5 x 10 repetições.
- 4- Adm assistida de acordo com limiar algico. (caso não haja restrição com brace em extensão).
- 5- Treino de marcha com andador ou muletas, variando quanto à descarga de peso – parcial proprioceptivo de acordo com severidade de lesão prévia comprometimento e riscos ósseos, a ser sinalizado pelo cirurgião.

2° DPO

Manutenção dos estímulos do dia anterior.

### ***FRATURAS DE PATELA***

Mais comum em população idosa após queda ou relacionada a mecanismo por traumas em esportes de auto rendimento ou ainda acidentes automobilísticos, pode na maioria dos casos estar relacionada a lesões de outras estruturas articulares.

#### ***1° contato com fisioterapeuta***

O paciente estará com brace em extensão do joelho ou ainda com tala gessada em extensão.

Será orientado quanto a posicionamento mantido no leito, em extensão, sem coxim flexor.

Quanto a cuidados com brace, prevenção de lesões por pressão em pontos de toque das hastes.

Se com brace, abrir para iniciar PRICE precocemente. 3 A 5 X 25 MINUTOS.

### ***Cinesioterapia***

- 1- Ativação e alongamento de tríceps sural 3 a 4 x 10.
- 2- Ativação isométrica de quadríceps, geralmente muito limitada pela dor e localização da lesão. (podendo associar a eletroestimulação funcional). 3 a 4 x 10.
- 3- Abdução adução assistidas. 3 a 4 x 10.
- 4- Treino de marcha com andador ( pacientes mais restritos, pouco funcionais ou com pouca a adaptação a muletas), sem descarga de peso.  
com Muletas axilares ou canadenses, pacientes mais ativos com boa condição de equilíbrio.
- 5- Considera-se contra indicado a adaptação de marcha em caso de idosos com fragilidade e riscos associados por sobrecargas no membro contra lateral.
  - 5.1 Pacientes com incapacidade por lesões em membros superiores
  - 5.2 incapacidade de adaptação.Objetivo final: controle algico e alta precoce.

