

APRESENTAÇÃO DO UTENTE

Utente do sexo masculino, de 82 anos de idade, reformado ex-médico de clínica geral, reside sozinho com antecedentes pessoais de hipertensão arterial; Diabetes Mellitus tipo II; tromboflebite do membro inferior direito em Fev2014; cirurgia prostática há 15 anos, glaucoma. Tem 4 filhos mas sem relação com três, apenas 1 se manteve mais em contacto no internamento.

É levado a urgência do Hospital de Faro (estava de férias) no dia 10/11 por quadro súbito de mutismo e diminuição de força direita. No H.faro apresentava desvio conjugado do olhar para a esquerda, paresia facial direita, hemiplegia e hemihipostesia direita. Faz TAC-CE que revela hipodensidade na zona da artéria cerebral média esquerda; realiza a 10/11 trombólise com Alteplase, com discreta melhoria dos défices e faz TAC-CE de controlo sem transformação hemorrágica. Transferido para a Unidade de AVC do internamento de neurologia do HSM a 14/11 por ser a área de residência.

Durante o internamento na UCV...

Na UCV esteve internado desde 14/11 a 06/12. Na admissão apresentava com défices no exame neurológico: afasia global, hemianópsia direita com ausência de reflexo de ameaça; limitação dos movimentos conjugados dos olhos na dextroversão; parésia facial central (com disfagia associada e necessidade ENG) e hemiparesia direita (MSD 1/5 e MID 2/5). Durante este período realizou estudo vascular com Eco-Doppler carotídeo que revelou oclusão alta da artéria carótida interna; angio-TAC torax que excluiu TEP e doppler venoso dos membros inferiores sem alterações.

16/11: Inicia anti- agregação com enoxaparina contudo desenvolve um rash cutâneo 24 horas após. Avaliado pela Dermatologia que identifica toxidermia ao fármaco que é substituído por rivaroxabano 10mg.

26/11: Inicia picos febris, fez estudo bacteriológico sendo identificada uma infeção do trato urinário a E.Coli e efetua raio x que sugere atelectasia dos lobos inferiores, sendo instituído antibioterapia dirigida.

27/11: Apresenta rectorragias auto-limitadas, suspendida temporariamente terapêutica anti-agregante.

1/12: Documenta-se FA com FC 130bpm, medicado com propafenona e retoma anti-agregação com AAS 250mg.

03/12: Efetua o primeiro levante sem intercorrências.

Simultaneamente apresenta quadro de diarreia possivelmente decorrente da antibioterapia e efetua estudo endoscópico 04/12 baixo sem alterações, além de EDA que revela mucosa do antro gástrico friável provocado pela toma de AAS. Por este motivo é substituída anta agregação com trifusal 300mg.

A 06/12 é transferido para a enfermaria.

Anteriormente era independente nas suas atividades de vida. Tinha um estilo de vida ativo, praticava exercício de forma regular e ainda exercia a título particular consultas pontuais.

Medicação atual:

Trifusal 300mg 2 x dia	levetiracetam 250mg + 500mg dia	Tansulosina 0,4mg dia
Omeprazol 1cp dia	Sertralina 50mg dia	Salbutamol e B.lpatroprio 3xd
Rosuvastatina 20mg 1cp dia	Propafenona 150mg 1xdia	Lasix 40mg dia

AVALIAÇÃO INICIAL**EXAME NEUROLÓGICO – 1º DIA - 10/12****NIVEL DE CONSCIÊNCIA**

Apresenta-se a maior parte do tempo sonolento, despertável ao estímulo verbal com abertura de olhos, mas facilmente retoma o estado de sonolência.

ORIENTAÇÃO

Orientado na pessoa, responde ao nome. Não é possível apurar orientação espacial e temporal.

ATENÇÃO

Hipovígil, facilmente perde a atenção ao que o rodeia e estímulos oferecidos.

MEMÓRIA

Não colaborante na avaliação

LINGUAGEM

Oral: Sem discurso espontâneo, não verbaliza, não repete e não nomeia.

Compreensão: Dificuldade em cumprir ordens simples.

Escrita: Não escreve, não reconhece.

Aspectos compatíveis com afasia global

CAPACIDADES PRÁXICAS

Incapacidade em reconhecer a utilização da escova do cabelo e da escova de dentes, não mimifica o seu uso a pedido.

AValiação DOS PARES CRANIANOS

I NERVO OLFACTIVO

Não colabora na avaliação.

II. NERVO ÓPTICO, III. OCULO-MOTOR COMUM IV. TROCLEAR VI ABDUCENTE

Não colabora na avaliação dos campos visuais e movimentos conjugados dos olhos, contudo aparenta hemianopsia direita, pois perde facilmente a atenção ou até nem reconhece/dirige o olhar se estimulado por este lado. Apresenta desvio predominante do olhar para a esquerda.

Reflexo de ameaça nulo. Avaliação pupilar: isocoria e isoreactividade à luz.

V. TRIGÉMIO

Não é possível avaliar sensibilidade facial.

Aparenta assimetria de força do andar inferior na mastigação.

VII. FACIAL

Apresenta paresia facial central direita, com apagamento do sulco naso-geniano direito e desvio da comissura labial esquerda, com hipotonia lábios no encerramento da boca.

Não colabora na avaliação do paladar.

VIII. ACUSTICO

Não colabora na avaliação. Não encerra os olhos a pedido e não valida sucesso ou não da audição.

IX. GLOSSO FARINGEO

Afásico não emite sons. Dificil avaliação do desvio da úvula. Não faz elevação do palato.

Avaliação da disfagia de acordo com protocolo do serviço, com engasgamento à 2ª colher água e com hipotonia da musculatura lábia, não faz vedamento labial e tem reflexo de deglutição lentificado.

X. VAGO

Não colabora na avaliação completa, cerra os dentes.

XI. ESPINHAL

Paresia da musculatura do controlo da cabeça, com dificuldade em elevar e sustentar a coluna cervical.

Apresenta desvio cefálico predominante para a esquerda.

XII. GRANDE HIPOGLOSSO

Dificuldade marcada na protusão da língua.

Resumo das principais alterações neurológicas – 10/12

Sonolento, pouco participativo. Dificuldade em manter atenção. Hemianopsia direita? Afasia global, não nomeia e não cumpre comandos verbais simples. Apraxia ideatória. Agnosia. Paresia facial central direita. Disfagia a líquidos tardia.

AVALIAÇÃO DA MOTRICIDADE

Avaliação da Força muscular – Escala de Lower

Segmentos	Movimentos	Força Muscular	
		Esquerdo	Direito
Pescoço	Flexão	2/5	
	Extensão		
	Inclinação direita		
	Inclinação esquerda		
	Rotação		
Escapulo-umeral	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Abdução	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Rotação Interna;	4/5	0/5
	Rotação Externa	4/5	0/5
Cotovelo	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
Antebraço	Pronação	4/5	0/5
	supinação	4/5	0/5
Punho	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Desvio cubital	4/5	0/5
	Desvio radial	4/5	0/5
Dedos da mão	Flexão	4/5	0/5
	Extensão	4/5	0/5
	Abdução;	4/5	0/5
	Adução	4/5	0/5
	Oponência	4/5	0/5
Coxo-femural	Flexão	3/5	1/5
	Extensão	3/5	1/5
	Abdução;	3/5	1/5
	Adução	3/5	0/5
Joelho	Flexão	3/5	1/5
	Extensão	3/5	1/5
Tíbio - társica	Inversão	3/5	0/5
	Eversão	3/5	0/5
	Flexão	3/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5
Dedos dos pés	Flexão	3/5	0/5
	Extensão	3/5	0/5
	Adução	3/5	0/5
	Abdução;	3/5	0/5

Avaliação da Espasticidade Escala de Ashworth

Segmentos	Movimentos	Lado mais afetado Direito
Pescoço	Flexão	1
	Extensão	1
	Inclinação direita	2
	Inclinação esquerda	0
	Rotação	3 (DTA)
Escapulo-umeral	Flexão	0
	Extensão	0
	Abdução	0
	Adução	0
	Rotação Interna;	0
	Rotação Externa	0
Cotovelo	Flexão	0
	Extensão	1+
Antebraço	Pronação	0
	supinação	2
Punho	Flexão	0
	Extensão	1+
	Desvio cubital	2
	Desvio radial	0
Dedos da mão	Flexão	0
	Extensão	0
	Abdução;	0
	Adução	0
	Oponência	0
Coxo-femural	Flexão	0
	Extensão	0
	Abdução;	0
	Adução	0
Joelho	Flexão	0
	Extensão	0
Tíbio - társica	Inversão	0
	Eversão	0
	Flexão	0
	Extensão	0
Dedos dos pés	Flexão	0
	Extensão	0
	Adução	n.a
	Abdução;	n.a

Resumo das limitações de força muscular avaliadas:

O utente tem ausência de força muscular no membro superior direito em todos os segmentos. A nível do membro superior esquerdo tem força mantida em todos os segmentos, contra alguma resistência o que lhe permite a apreensão e o segurar em objectos pouco pesados.

A nível do membro inferior esquerdo tem força mantida, executa movimentos ativos contra-gravidade mas se aplicada resistências tem dificuldade. A nível do Membro inferior direito esboça contração muscular ao nível da coxo-femural, nos movimentos passivos de flexão, extensão e abdução mas não na adução. Restantes segmentos força 0, não mantem o membro elevado no ar.

Apresenta espasticidade moderada já na rotação cervical e inclinação direita. No MSD na extensão e supinação do cotovelo e no desvio cubital. No MID não tem espasticidade aparente.

COORDENAÇÃO MOTORA

Não colabora na avaliação.

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

Não colabora na avaliação

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

Equilíbrio sentado estático diminuído, requer apoio para travar o cotovelo direito; equilíbrio sentado dinâmico instável, compensa pouco com o hemicorpo esquerdo as oscilações introduzidas.

Equilíbrio em pé estático instável.

AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (MIF) 10/12

	Pontuação	Observação
Auto-cuidado		
A. Alimentação	1	
B. Higiene Pessoal	1	
C. Banho (lavar o corpo)	1	
D. Vestir metade superior	1	
E. Vestir metade inferior	1	
F. Utilização da sanita	1	
Controlo dos Esfíncteres		
G. Controlo da Urina	1	
H. Controlo das fezes	1	
Mobilidade		
<i>Transferências</i>		
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas	1	
J. Sanita	1	
K. Banheira, Duche	1	
Locomoção		
L. Marcha/cadeira de rodas	1	
M. Escadas	1	
Comunicação		
N. Compreensão	1	
O. Expressão	1	
Consciência do mundo exterior		
P. Interação Social	1	
Q. Resolução de Problemas	1	
R. Memória	1	
Total	18	

Legenda:

Independência completa (em segurança e em tempo normal)	7
Independência modificada (ajuda técnica)	6
Dependência modificada (o sujeito realiza pelo menos 50% esforço)	
Supervisão	5
Ajuda mínima (indivíduo > ou = 75%)	4
Ajuda moderada (indivíduo > ou = 50%)	3
Dependência completa (o sujeito realiza menos de 50% esforço)	
Ajuda máxima (indivíduo > ou = 25%)	2
Ajuda Total (indivíduo < 25%)	1
Se não se testável algum item pontuar como 1	

AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES

Estado nutricional e hábitos alimentares:

Bom estado nutricional, sob alimentação entérica com suplementação proteica, calculada pela dietista e adequada as suas necessidades nutricionais. Diabético, com padrão glicêmico adequado apenas com dieta.

Padrão Respiratório

Respiração com expansão pulmonar simétrica, toraco-abdominal, sem acessos de tosse. À auscultação apresenta murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Sem ruídos a auscultação.

Dor

Não aparenta dor nas mobilizações no leito e transferências.

Avaliação das características do cuidador:

Filho principal figura de referencia, contudo sem condições de receber o pai no domicilio pelo que a situação foi encaminhada para transferência para uma instituição de cuidados de longo prazo, articulação feita com assistente social.

PROPOSTA DE PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Data de Início	PROBLEMAS ACTUAIS E POTENCIAIS Consequências funcionais Negativas	OBJECTIVOS A ATINGIR Consequências funcionais Positivas	ACTIVIDADES DE REABILITAÇÃO Intervenção de Enfermagem	Data de término
10/12	Padrão de mobilidade comprometido por hemiplegia do MSD e hemiparesia do MID	Manter a amplitude articular do MSD e MID adequada para as atividades funcionais.	Execução de mobilizações activas-assistidas do pescoço e cabeça, com ênfase na latero-flexão direita e rotação direita (contraria o desvio preferencial esquerdo)	
	Risco de limitações musculoesqueléticas nas articulações do hemicorpo direito	Inibir a instalação de espasticidade no hemicorpo direito. Optimizar a força muscular no hemicorpo direito.	Execução de mobilizações passivas do MSD com <u>ênfase na:</u> - Flexão e abdução escapulo-umeral - Extensão cotovelo e supinação - Desvio cubital e hiperextensão do punho - Extensão e abdução dos dedos Execução de mobilizações passivas do MID com <u>ênfase na:</u> - Flexão, adução e rotação interna da coxo-femural - Flexão do joelho - Dorsiflexão e eversão	

		Favorecer a integração no esquema corporal do lado mais lesado (promover a bilateralidade)	Posicionamentos terapêuticos com ênfase no DLD (favorece a carga, a força e a sensibilidade no hemicorpo mais lesado) e DD anti-espástico (contraria a instalação da espasticidade). Auto-mobilizações assistidas dos MSuperiores Rolamento no leito passivo para o lado menos afetado (ESQ) e rolamento assistido para o lado mais afetado (DTO) Oscilação pélvica Treino da ponte no leito Rolar e passar para a posição de sentado Associação do espelho aos exercícios e atividades terapêuticas – estímulo visual. Abordar o doente pelo lado direito. Modificar disposição do ambiente (mesa de cabeceira, janela) dentro das possibilidades, para favorecer a estimulação sensorial por este lado. Efetuar levantar pelo lado afetado direcionando a cabeça para o lado direito (ver o lado para onde vai passar) Execução de mobilizações ativas-assistidas do membro superior direito e do membro inferior direito	
--	--	---	--	--

10/12	Atenção diminuída pelo estado de sonolência e hemianopsia direita	Melhorar a capacidade de manter a vigília e a atenção	Utilizar técnicas de estimulação sensorial – água morna no banho, o sabor dos alimentos, cheiro do creme do doente, fotografias da família, do doente – pedir!. Utilizar estímulos visuais/verbais (imagens coloridas, sons, contagem das repetições dos exercícios, espelho) durante as atividades realizadas. Promover momentos de interação social com outros doentes, na sala de estar. Orientar a cadeira de forma a dispor e tornar acessíveis os estímulos como televisão, corredor, mesa de refeição.	
10/12	Comunicação comprometida por afasia global	Promover a capacidade de comunicação e compreensão eficaz	- Adoção de estratégias adequadas de comunicação: falar com calma, questões simples, utilização de gestos para compreensão recíproca, estimulação da resposta verbal; exercícios de nomeação de objetos e imagens – estimulação cognitiva se colaborar; etc - Estimular a memória acerca dos espaços conhecidos pelo doente, casa, locais e vizinhos, percursos habituais no passado, como forma de manter a referência espacial e temporal e promover as capacidades de compreensão.	

10/10	Capacidade para autocuidado higiene e vestir/despir diminuída	Melhorar a capacidade de participação nos cuidados de higiene, vestir e despir Melhorar as capacidades práxicas ideomotoras	- Estimular a utilização de objetos por mão própria relacionados com a higiene pessoal, no momento do banho no leito – escovar os dentes e copo; esponja; toalha; pente. - Incentivar e assistir na utilização da mão esquerda para lavar o hemicorpo direito. - Integração das atividades terapêuticas – rolar, ponte, auto-mobilizações como possíveis estratégias adaptativas no vestir e despir.	
10/10	Diminuição do equilíbrio sentado estático e dinâmico	Melhorar o equilíbrio sentado Potenciar o equilíbrio em pé	- Ensinar a rolar na cama, com apoio do MID sob o MIE. - Treino de equilíbrio sentado estático com espelho – correção postural. - Treino do equilíbrio sentado dinâmico com bola suíça - Treino do equilíbrio em pé com apoio bilateral (favorecer carga no MID – mais afetado)	
	Deglutição comprometida Risco de aspiração	Melhorar o reflexo de deglutição	- Avaliação regular da disfagia – tipo e evolução - Otimizar consistência dos alimentos de forma a torna-los adequados à ingesta oral que o doente seja capaz, ou seja, pastosos e moles coesos. - Adicionar espessante a água, com forma de hidratação oral e avaliar nível de tolerância. - Privilegiar as refeições em posição de sentado na cadeira e à	

			mesa. - Utilizar estratégias de treino da deglutição adequadas ao doente como o posicionamento da cabeça antes de engolir, a massagem das bochechas, o treino com a colher, etc. - Favorecer a alimentação por mão própria, como forma de melhorar o reconhecimento da tarefa da alimentação.	
10/10	Risco de Queda	Capacitação cuidador para Segurança do ambiente	- Instruir o cuidador sobre estratégias adaptativas e remoção de fatores de risco – mobiliário, arrumação, etc. - Elucidar sobre material de apoio adequado às necessidades do doente – grades de proteção, altura da cama, das cadeiras; calçado adequado, contenção de tronco.	
10/10	Risco de tolerância ao ortostatismo diminuída	Maior tolerância as mudanças de posição deitado – sentado	- Avaliação da tensão arterial e alterações do estado de vigília antes e após cada levante. - Efetuar levante progressivo (cabeceira---» sentado cama---» fazr carga de pé----» passar para cadeira) - Articular com os colegas para promoção de mais períodos ao longo do dia com elevação da cabeceira e se possível, sentar a beira da cama. - Ajuste com o clínico da terapêutica anti-hipertensora	

1) NOTAS DE EVOLUÇÃO DO UTENTE

Nível de consciência e atenção

Evolução da Linguagem

Avaliação motora:

Evolução força muscular

Evolução da espasticidade

Evolução do Equilíbrio

Evolução da disfagia

2ºDia 11/12

Sonolento, pouco participativo. Não colabora na avaliação dos campos visuais contudo aparenta redução do campo a direita, pois perde facilmente a atenção e dirigir pouco o olhar se estimulado por este lado. Não cumpre ordens, não verbaliza e não nomeia. Mantém plegia do MSD e parésia do MID. Avaliada a disfagia de acordo com o protocolo do serviço: disfagia tardia a líquidos e sem disfagia a pastosos.

Executadas mobilizações passivas no leito do hemicorpo direito; e activas assistidas do hemicorpo esquerdo; iniciado treino das actividades terapêuticas planeadas e treino de equilíbrio sentado. Inicia-se treino de deglutição com necessidade constante de incentivo, posicionamento da cabeça e outras manobras facilitadoras da deglutição. Transmite-se à equipa de enfermagem e articula-se com terapeuta da fala, a tolerância a alimentos pastosos peros. Mantém sonda para hidratação.

6ºDia 15/12

Mais acordado, mantendo desvio preferencial da cabeça para a esquerda, mas se estimulado alinha por períodos mais longos a cabeça em direcção a linha média. No MSD mantém plegia, já com espasticidade mais acentuada no cotovelo sobretudo na supinação. No MID já não apresenta hipotonia total a nível da flexão da coxa femural e joelho, sendo capaz de esboçar contração de forma mais evidente e mantida – é capaz de sustentar o MID se posicionado em flexão apoiado no colchão, embora sem movimento activo. Mantidas mobilizações passivas do hemicorpo direito, contudo dado mais ênfase aos movimentos do MSD contrariando a espasticidade cotovelo e punho, não aparenta dor associada. Mantidas actividades terapêuticas mas ainda com carácter predominantemente passivo. Melhorado a nível do reflexo da deglutição. Inicia-se treino de alimentação por mão própria, com alimentos pastosos – papa, iogurte – executa e reconhece utilidade do talher e coordena tempos de deglutição e mastigação, mas requer constante estimulação para se manter vígil e concentrado, razão pela qual se associa a utilização do espelho vertical nas actividades, como forma de estimular visualmente a tarefa em execução. Inicia fisioterapia no ginásio diariamente.

7ºDia 16/12

Estado sobreponível. Evolução favorável na força do MID: efetua já de forma esporádica períodos de flexão da coxo-femural e joelho – sobretudo como forma de fuga ao desconforto. Melhorado do equilíbrio sentado, iniciado treino de equilíbrio estático em pé apoiado – faz carga. Otimizado treino da alimentação – Passa a dieta com prato da mole e efetua-se refeições na sala de estar, na mesa de refeições com os outros doentes. Dificuldade na ingestão por mão própria da sopa, pois veda pouco os lábios para reter os líquidos pastosos, mas executa totalmente por mão própria ingestão de puré, empadão, consistências moles.

Tem visita do filho apenas ao final do dia, pelo que se articula junto da equipa para pedirem roupa do doente, e instruir sob as técnicas na alimentação. Segundo a equipa filho participa de forma ativa no auxílio do jantar.

8ºDia 17/12

Programada transferência para o hospital das forças armadas. Feita tentativa de se apurar serviço de destino, para poder ser articulado com enfermeiro do destino o programa de reabilitação que tem vindo a ser desenvolvido, mas ainda não está atribuído, vai dirigido a urgência e depois será internado conforme vaga. Efetiva-se nota de alta de enfermagem completam-se registos gerais com notas de reabilitação com os principais problemas identificados, ganhos adquiridos e treinos ou ainda curso.