

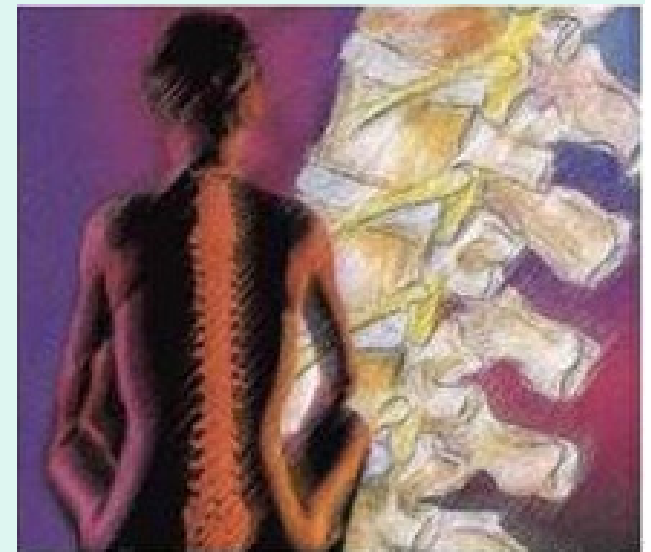
CUIDADOS FISIOTERAPÊUTICOS NO TRAUMA

Lígia Maria Coscrato Junqueira Silva
Fisioterapeuta – RBAPB Hospital São Joaquim



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

- Nível de consciência e pupilas.
- Padrão e ritmo respiratórios.
- Inspeção de fraturas, contusões ou trauma medular associado.
- Resposta motora e sensitiva.
- Antecedentes.



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

TCE

- Déficits motores.
- Assimetrias, deformidades, decorticação ou decerebração.

TRM

- Nível neurológico, sensitivo e motor.
- Choque medular.
- Lesão completa ou incompleta.

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

- Manter permeabilidade vias aéreas.
- Manter oferta de O₂ ideal ➔
 - PaO₂ > 95 mmHg
 - SpO₂ > 96%
 - Hb > 10 g/dl
 - PaCO₂ em 35 mmHg
- Instituir VMNI se indicado.

VMNI

Contra indicações:

Traumas ou sangramento orofaciais;

Sangramento do canal auditivo;

Alteração de deglutição;

Agitação ou não adaptação a VMNI;

Deterioração respiratória;

Pneumoencéfalo ou fístula liquórica;



COMPLICAÇÕES

- Hidrocefalia.
- Complicações pulmonares.
- Doença tromboembólica.
- Incontinência urinária.
- Úlceras de pressão.
- Rigidez articular, aderências capsulares e contraturas.

VMI NO PACIENTE NEUROLÓGICO

Capnometria
ETCO₂ = 30-35 mmHg

Oximetria
SpO₂ = 96%

- VC = 6-8 ml/Kg
- PEEP = 5 ou de acordo com a complacência pulmonar
- FR = 12-15 com (evitar >16)
- Fluxo = 40-60
- FiO₂ = 50% (inicial) ou suficiente para manter PaO₂ ≥ 95%
- Pressão de insuflação pulmonar ≤ 35 cmH₂O
- Verificar pressão de "cuff" mantendo entre 20-25 cm H₂O

Se HIC refratária

Ventilação Otimizada
PaCO₂ = 30mmHg

Evitar manobras que aumentem a
pressão intratorácica

Ventilar preferencialmente a volume

Manter pressão de vias aéreas
o menor possível para prevenir
lesão pulmonar e aumento da
PIC

DESMAME DA VM

Controle/ reversão da causa determinante da VM
Presença de *drive* ventilatório
Correção da sobrecarga hídrica
Estabilidade hemodinâmica
Equilíbrio eletrolítico
Ausência de intervenção cirúrgica próxima (48h)
Ausência de sedação ou doses mínimas

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \geq 200$ e $\text{PEEP} \leq 8\text{cmH}_2\text{O}$
Sensibilidade ≤ 2 .
 $\text{pH} > 7,30$ e $< 7,60$ / $\text{FR}/\text{Vt} < 105$

Considerar incompetência glótica
Teste de permeabilidade
Comprometimento da musculatura respiratória

FISIOTERAPIA MOTORA

Fase aguda:

- Mobilização e exercícios ativos leves supervisionados.
- Posicionamento:
 - DD manter flexão cervical e cabeça centralizada (reflexo tônico cervical e labiríntico)
 - DL com coluna alinhada
- Cabeceira a 30°
- Estimulação sensório motora

CUIDADOS

Fase aguda:

- Minimizar manipulação em HIC.
- Em trauma raquimedular associado: mobilizar em bloco, enquanto persistir instabilidade da coluna.
- Descartar a presença de fraturas não tratáveis.
- Mobilizar extremidades mantendo prancha rígida, colar cervical/tração.



PROFILAXIA DE TVP



Prescrição Médica

**Avaliação
Fisioterapêutica**

**Fisioterapia Motora
+
Deambulação precoce
+
CPI
+
Profilaxia medicamentosa**

TEMPO DE APLICAÇÃO DA CPI:

RISCO MODERADO OU ALTO:

Utilizar a cada 3 horas , mantendo descanso de 3 horas.
No intervalo entre as sessões, realizar Fisioterapia Motora.

ALTO RISCO + COMPLICAÇÕES: Uso contínuo, com retirada apenas para higienização.

RECURSOS COMPLEMENTARES



Órteses



Reabilitação urológica



Eletroterapia

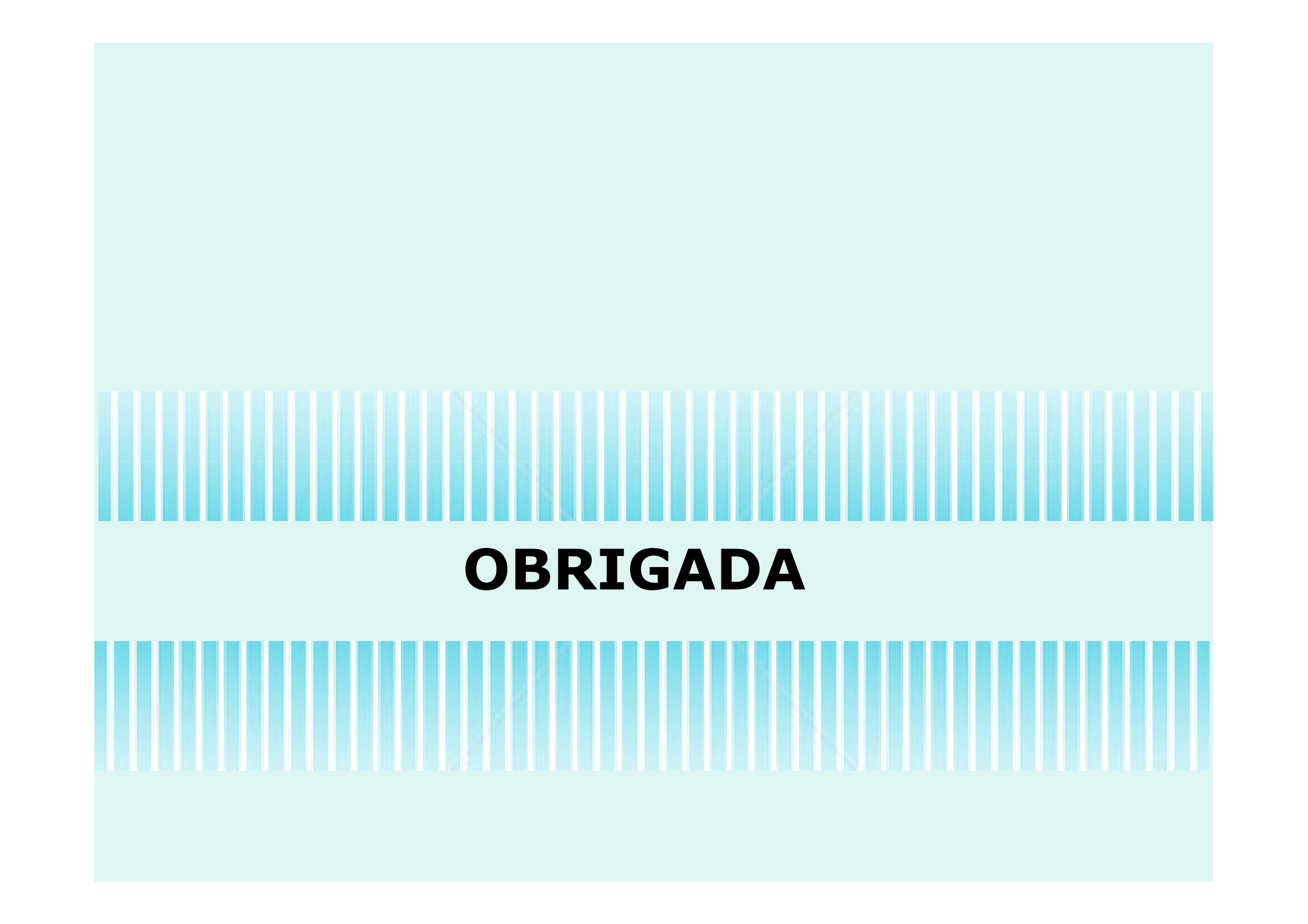
FISIOTERAPIA MOTORA

Fase subaguda:

- MIF - Medida de Independencia Funcional dependência e grau de evolução relativo a locomoção.
- Suscetível de acordo com as condições clínicas do paciente
- Ortostatismo assim que possível

RECOMENDAÇÕES

- Reavaliação periódica e atenção durante a terapia.
- Atentar a alterações no nível de consciência ou pupilares.
- Novo déficit motor ou sensitivo.
- Convulsão focal ou sistêmica.
- Cefaléia.
- Presença de sangue ou líquido.
- Disreflexia autonômica.
- Alterações circulatórias.
- **Prognóstico**



OBRIGADA