

Etiologia e capacidade para a marcha no doente com AVC

Carla Pimenta^{1,2}, Anabela Correia^{1,2}

1. Fisioterapeuta, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

2. Professora Adjunta Convidada, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa



Introdução. Os mecanismos fisiopatológicos do Acidente Vascular Cerebral (AVC) diferem com a sua etiologia, o que pode influenciar o prognóstico funcional do doente¹. A capacidade de realizar marcha é um preditor de independência após AVC² e o principal objetivo funcional para a maioria dos doentes³.

Objetivo. Determinar se existem diferenças na capacidade para a marcha de acordo com a etiologia do AVC.

Metodologia

Estudo Transversal

Amostra Consecutiva

Adultos com AVC

Fisioterapia Ambulatória

Hospital Terciário

50 meses

Capacidade Para a Marcha

Motor Assessment Scale (MAS)

Marcha Autónoma

Timed Up and Go Test

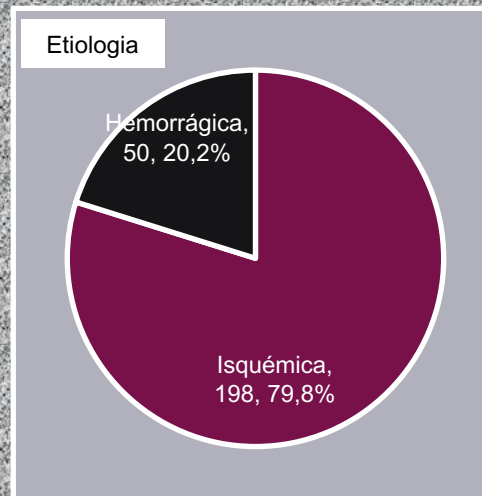
Auxiliares Marcha

Crítérios de Avaliação da Marcha (Item 3 MAS)

Sem marcha autónoma: 0. Incapaz de assumir a posição ortostática com carga no membro inferior afetado; 1. Fica em pé sobre o membro inferior afetado e dá um passo em frente com o outro membro inferior e 2. Realiza marcha com uma pessoa preparada para apoiar, mas sem assistir ativamente.

Marcha autónoma: 3. Percorre três metros sozinho ou com qualquer auxiliar de marcha, mas sem apoio de terceira pessoa; 4. Percorre cinco metros sozinho, sem auxiliares de marcha, em 15 segundos; 5. Percorre dez metros sozinho, sem auxiliares de marcha, volta-se, levanta um pequeno saco de areia do chão, e regressa em 25 segundos e 6. Sobe e desce quatro degraus com ou sem auxiliar de marcha, mas sem se segurar no corrimão, três vezes em 35 segundos.

Resultados n=248



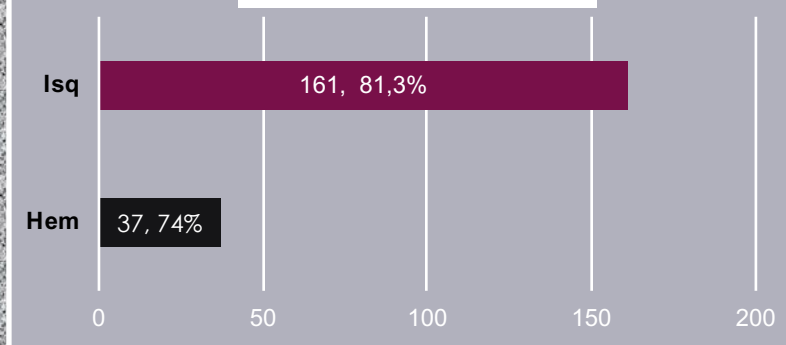
Etiologia e Género

Género	HEM	ISQ
Fem	13 (26,0%)	87 (43,9%)
Mas	37 (74,0%)	111 (56,1%)

Etiologia e Idade

Idade	HEM	ISQ
Min	32	21
Max	80	88
Mediana	61	67

Utentes Com Marcha Autónoma



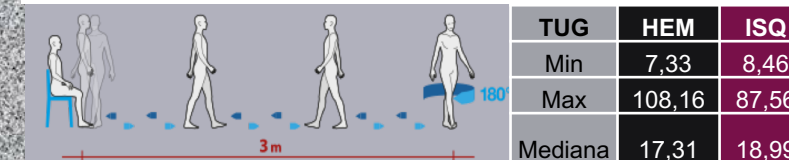
Capacidade para a Marcha

Marcha	HEM	ISQ
0	5 (10,0%)	22 (11,1%)
1	3 (6,0%)	4 (2,0%)
2	5 (10,0%)	11 (5,6%)
3	14 (28,0%)	78 (39,4%)
4	8 (16,0%)	40 (20,2%)
5	5 (10,0%)	21 (10,6%)
6	10 (20,0%)	22 (11,1%)

Auxiliares de Marcha

Auxiliares	HEM	ISQ
Não usa	37 (74,0%)	131 (66,2%)
Bengala	6 (12,0%)	26 (13,1%)
Canadiana	3 (6,0%)	19 (9,6%)
Pirâmide	4 (8,0%)	10 (5,1%)
Andarilho	0 (0,0%)	7 (3,5%)
2 canadianas	0 (0,0%)	4 (2,0%)
Bastão	0 (0,0%)	1 (0,5%)

Mobilidade Funcional – TUG (valores em segundos)



Fonte imagem: <http://www.btsbioengineering.com/wp-content/uploads/2016/08/bts-g-walk-timed-up-and-go.png>

Menor Tempo TUG

Melhor Mobilidade

Conclusão. As comparações entre AVC hemorrágico e AVC isquémico são dificultadas pela distribuição desproporcional dos dois tipos de AVC⁴. Nesta amostra os doentes com AVC isquémico apresentaram maior autonomia na marcha, mas menor mobilidade funcional. Conhecimentos detalhados sobre a capacidade para a marcha, e as diferenças nos tempos de recuperação do AVC isquémico e hemorrágico, serão úteis para todos os profissionais da equipa de reabilitação de modo a permitir realizar um prognóstico diferenciado e a implementar programas de reabilitação ajustados.