

FISIOTERAPIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL CIMENTADA EM MULHERES IDOSAS

Physical therapy in postoperative total arthroplasty of the hip in elderly women

Emelym Priscila Dos Santos VITOR

Faculdade de Jaguariúna

Larissa Tanaka BARRILARI

Faculdade de Jaguariúna

Camila Isabel da Silva SANTOS

Faculdade de Jaguariúna

Ivete Alonso Bredda SAAD

Faculdade de Jaguariúna

Resumo: As mulheres idosas sofrem comumente de osteoporose, um dos fatores causais é a diminuição de estrógeno na menopausa, acarretando um enfraquecimento gradual e progressivo dos ossos do corpo. A massa óssea diminui a tal ponto que começam a ocorrer fraturas, dentre elas, a mais comum envolve os ossos da articulação do quadril. Uma vez que ocorre uma fratura no quadril, algumas complicações podem associar-se, como um rompimento das artérias que realizam a irrigação sanguínea para a cabeça do fêmur, conseqüentemente ocorrerá necrose da cabeça femoral, sendo necessária a hospitalização do paciente e procedimento cirúrgico. Na cirurgia realiza-se a colocação de prótese, substituindo a articulação do quadril, que pode ser total ou até mesmo parcial. A fisioterapia tem como objetivo promover a reabilitação desse paciente, fazendo com que o mesmo volte as atividades de vida diária mais precocemente possível, evitando complicações, principalmente o imobilismo e as complicações respiratórias. A atuação da fisioterapia visa os cuidados a serem tomados no pós-operatório imediato, precauções com relação a amplitude de movimento e exercícios indicados a serem efetuados no domicílio, oferecendo suporte para melhora clínica e cirúrgica.

Palavras-chave: reabilitação; osteoporose; artroplastia.

Abstract: Elderly women commonly suffer from osteoporosis, by the fact occur a decrease of estrogen on menopause, thus there is a gradual weakening of the bones of the body, this osseous fragility is progressive. The bone mass decreases to the point where fractures begin to occur in segments of the body, among the most common in the bones of the hip joint. Once that a hip fracture occurs, some complications can associate as a disruption of the arteries that carry blood to the head of the femur, a consequence occurs necrosis of the femoral head, requiring the hospitalization of the patient and even a surgical procedure. In the surgical procedure the placement of a prosthesis substituting the hip joint is made, this prosthesis can be total or even partial. There are

several types of attachment, the choice depends on indication required for the best attachment of each patient. Physiotherapy aims to rehabilitate the patient, making the same back the activities of daily living, avoiding complications, especially the immobilism. Demonstrating the care being taken in the immediate post-operative of hip arthroplasty, precautions with respect to certain ranges of motion, exercises released, even changes to be made at home, bringing the best approach for each patient.

Keywords: rehabilitation; osteoporosis; arthroplasty.

INTRODUÇÃO

Dentre os declínios funcionais do processo de envelhecimento, a redução de doença mineral óssea (DMO) assume importância pelo potencial desenvolvimento da osteoporose. Com a queda na produção de estrógeno característica do estágio de vida após a menopausa é um fator que acelera a redução de DMO, e faz das mulheres uma população susceptível. A osteoporose é uma doença esquelética sistêmica, caracterizada por massa óssea baixa e deteriorização microarquitetural do tecido ósseo, conduzindo a fragilidade do osso e ao aumento do risco de fratura (JOVINE e cols, 2006).

A probabilidade de ocorrer uma fratura osteoporótica ao longo da vida é de 40% para as mulheres e 13% para os homens” (BALSAMO; SIMÃO e BORGES, 2005).

Normalmente as fraturas de quadril são muito dolorosas, sendo necessário a hospitalização do paciente e a realização da artroplastia de quadril, é um procedimento cirúrgico, caracterizado pela substituição total ou parcial da articulação do quadril, sendo realizada para restaurar a função articular coxo femoral (COMPSTON, 2005; DUTTON, 2006).

Existem dois tipos de artroplastia, a hemiarthroplastia que é a substituição parcial da articulação do quadril quando a superfície acetabular não tiver sido acometida pelas afecções que acometem o quadril, e a artroplastia total de quadril, onde é realizada a substituição total da articulação do quadril, pois o acetábulo foi acometido como um todo pelas alterações degenerativas (WEINTEIN e BUCKWALTER, 2000; SARMENTO, RAIMUNDO e FREITAS, 2009).

A artroplastia total de quadril geralmente é feita quando ocorre uma fratura tipo III e IV na classificação de Garden, levando a uma necrose avascular da cabeça femoral (CHIKUDE e cols, 2007).

Descritas por Dutton (2006) as indicações mais comuns para artroplastia total de quadril são: dor, limitações funcionais, perda de mobilidade e indicações radiográficas de doença intra-articular. A dor tem que ser incapacitante comprometendo a qualidade de vida do paciente, restringindo a mobilidade articular, embora apresentem alterações radiológicas que justifiquem a cirurgia, o indivíduo deverá ser operado pela gravidade dos sintomas.

A combinação do metal articulado com a superfície de polietileno de peso molecular ultra-elevado, é o material mais utilizado na artroplastia total de quadril, sendo que existem vários tipos de materiais, entre eles: as ligas de titânio, o ácido inoxidável, cromo cobalto, alumínio titânio vanádio e ainda o uso da cerâmica o qual vem ganhando muitos defensores. Pode haver várias complicações relacionadas a cirurgia, dentre as quais ressalta-se as mais comuns, o tromboembolismo, luxação, lesão nervosa, lesão vascular, discrepância de membros, infecção, afrouxamento asséptico e metalose e osteólise (SIZÍNIO e XAVIER, 1998).

ASPECTOS FISIOTERAPÊUTICOS

Adota-se com o paciente, como método pré e pós operatório, algumas orientações e precauções, visando reabilitação precoce e menor tempo de permanência hospitalar. Após a cirurgia alguns pacientes apresentam quadros de complicações pulmonares e vasculares, sofrendo os efeitos deletérios do leito. Pode-se iniciar precocemente um treino de marcha com aparelhos de assistência, ensinando o paciente a usá-lo corretamente para que, após a cirurgia, o paciente esteja bem orientado. Exercícios de respiração profunda e tosse podem ser realizados imediatamente após a cirurgia, assim como é importante também ser ensinado os exercícios de bombeamento para o tornozelo, diminuindo os riscos de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

Deve ser realizada a abordagem fisioterapêutica a partir de seis a oito horas após a cirurgia, quando o paciente estiver deitado em decúbito dorsal no leito deve-se posicionar corretamente o membro operado, permanecendo em uma leve abdução e rotação neutra evitando a flexão e adução excessiva do quadril e realizar, com precaução, as mobilizações (ROOKS et al, 2006; SARMENTO e RAIMUNDO, 2008; KISNER e COLBY, 2005)

Poderá ser usado uma tipóia, com o membro operado em suspensão, fornecendo um apoio para a coxa e a panturrilha, ou até mesmo utilizar um calço de abdução ou um travesseiro como alternativa (KISNER e COLBY, 2005).

A descarga de peso na artroplastia total de quadril cimentada deve ocorrer no pós operatório imediato, porém há alguns cirurgiões que indicam a descarga de peso parcial durante seis semanas, antes da sustentação de peso total (DUTTON, 2006; KISNER E COLBY, 2005).

Os exercícios respiratórios, com respiração profunda e higiene brônquica estão indicados, dependendo das condições clínicas do paciente, prevenindo atelectasia e pneumonia. Exercícios metabólicos, para prevenir estase venosa, formação de trombos e embolia pulmonar, poderão ser realizados várias vezes ao dia, bem como a orientação quanto ao posicionamento no leito, utilizando o triângulo de abdução para os membros inferiores, evitando assim a luxação da prótese.

No primeiro dia pós operatório deve-se dar início aos exercícios ativos assistidos de joelho e quadril, tomando alguns cuidados quanto a flexão deste último para não ultrapassar o ângulo de 90° pois pode ocorrer a luxação da prótese.

No segundo e terceiro dia pós operatório inicia-se o treino de sentar na beira do leito ou poltrona com auxílio da fisioterapeuta, por cerca de trinta a sessenta minutos, dependendo da tolerância do paciente deve-se aferir os sinais vitais. Também deve-se progredir com os exercícios ativos de quadril na posição em pé, com o joelho fletido ou estendido apoiando-se em uma

superfície estável. Realiza-se também exercícios resistidos no quadril, com carga tolerada, no membro operado em cadeia cinética fechada. Iniciar treino de marcha com andador com algumas precauções quanto ao equilíbrio e hipotensão postural temporária.

Do quarto ao sétimo dia manter as condutas anteriores, acrescentando o treino de marcha com muletas e treino de subir e descer escadas, orientando ao paciente o modo adequado de fazê-lo. Ao subir a escada colocar a perna não operada no degrau superior, logo em seguida coloca-se a perna operada com as muletas, e ao descer colocar a perna operada com as muletas e depois, elevar a perna não operada. (SARMENTO e RAIMUNDO, 2008; KISNER e COLBY, 2005).

Entende-se que após o décimo dia pós operatório o paciente estará apto a realizar o tratamento fisioterapêutico domiciliar ou ambulatorial, porém as precauções devem ser mantidas durante 12 semanas ou por tempo maior (KISNER e COLBY, 2005).

De acordo com Dutton, 2006; Kisner e Colby, 2005 da segunda a oitava semana deve-se iniciar um programa de treinamento aeróbico sem impacto, podendo realizar atividades como hidroterapia, para melhorar a resistência cardiovascular. Também são iniciados exercícios para melhorar amplitude de movimento, respeitando os limites e as precauções do quadril, realizando alongamento dos músculos ílio psoas, reto femoral e quadríceps, ísquio tibiais, gastrocnêmio e sóleo. Serão realizados exercícios de fortalecimento como: a abdução do quadril na posição supina, a elevação reta da perna e o agachamento do arco curto. O uso de carga para o fortalecimento não deve ser excessiva, pois pode levar a um afrouxamento da prótese a longo prazo. Continuar com o treino de marcha utilizando a bengala de um ponto, na mão contra-lateral ao quadril operado. Para enfatizar o treino de equilíbrio pode-se levar o paciente para deambular em superfícies irregulares e macias, treino de subir e descer escadas, fortalecendo os músculos do quadril e joelho (SARMENTO e RAIMUNDO, 2008; DUTTON, 2006; KISNER E COLBY, 2005;).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reabilitação fisioterapêutica no pós-operatório imediato de artroplastia total de quadril cimentada em mulheres idosas parece contribuir para se evitar as complicações vasculares, pulmonares e ortopédicas, proporcionando ao paciente a descarga de peso precoce, promovendo a produção de osteoblastos e diminuindo os riscos de nova fratura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALSAMO, S.; SIMÃO, R.; BORGES, J.L.C. **Treinamento de força**: para osteoporose, fibromialgia, diabetes tipo 2, artrite reumatóide e envelhecimento. 2 ed. São Paulo; Phorte, 2005. p.34-171.

COMPSTON, J. Guidelines for the management of osteoporosis: the present and the future. **Osteoporos Int.** v.16: 1173-76. 2005.

CHIKUDE, T.; FUJIKI, E. N.; HONDA, E. K.; ONO, N. K.; MILANI, C. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes idosos com fratura do colo do fêmur tratados cirurgicamente pela artroplastia parcial do quadril. **Acta ortop. bras.** v. 15, n. 4, p. 197-9. 2007.

DUTTON, M. **Fisioterapia ortopédica**: Exames, avaliação e intervenção. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

JOVINE, M. S.; BUCHALLA, C. M.; MACHADO, E. M.; SANTAREM, J. M.; ALDRIGHI, J.M. Efeito do treinamento resistido sobre a osteoporose após a menopausa: estudo de atualização. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 9, n. 4, p. 493-505. 2006.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos**: Fundamentos e técnicas. Tradução Lília Breternitz Ribeiro. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005. p.841.

ROOKS, D.S.; HUANG, J.; BIERBAUM, B.E.; BOLUS, S. A.; RUBANO, J.; CONNOLLY, C. E.; ALPERT, S.; IVERSEN, M.D.; KATZ, J.N. Effect of preoperative exercise on measures of functional status in men and women undergoing total hip and knee arthroplasty. **Arthritis Rheum.** V. 55, n. 5, p. 700-8. Oct 2006.

SARMENTO, G. J. V.; RAIMUNDO, R. D.; FREITAS, A. **Fisioterapia Hospitalar**: Pré e Pós operatório. Barueri: Manole, 2008. p. 271.

SIZÍNIO, H.; XAVIER, R. **Ortopedia e Traumatologia**: princípios e práticas. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998. p.1631.

WEINTEIN, S.L.; BUCKWALTER, J. A. **Ortopedia de Turek**: Princípios e sua aplicação. 5. ed. Barueri: Manole, 2000. p. 708.