



10º Simposio de Ensino de Graduação

AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL ESQUERDA NO IDOSO: UM ESTUDO DE CASO

Autor(es)

LUANA GOMES DE OLIVEIRA

Co-Autor(es)

BRUNA DE ALMEIDA
FERNANDA APARECIDA FARIA
JÉSSICA CRISTINA CARBINATTO
MARIANA SALGADO GUASSI

Orientador(es)

GISLAINE CECÍLIA DE OLIVEIRA CERVENY

1. Introdução

O presente estudo relata o caso de um paciente idoso, M.F., do sexo masculino, de 70 anos de idade, que realizou uma amputação transfemural à esquerda em decorrência de problemas circulatórios. Há 10 anos sofreu um acidente vascular encefálico (AVE), que afetou seu hemicorpo esquerdo, o qual fez tratamento de fisioterapia, mas ainda apresenta algumas restrições.

O sistema nervoso é dividido em sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP). De acordo com Noback, Strominger, Demarest (1999) “O SNC recebe, analisa e integra informações. É o local onde ocorre a tomada de decisões e o envio de ordens. O SNP é o responsável por carregar as informações dos órgãos sensoriais para o sistema nervoso central e do SNC para os órgãos efetores”.

O AVE é um déficit neurológico causado por isquemia ou hemorragia do sistema nervoso central. Ocorre oclusão vascular localizada, levando a interrupção do fornecimento do oxigênio afetando os processos metabólicos do tecido envolvido o que provoca em poucos minutos a morte neuronal no centro da zona enfartada. O AVE isquêmico ocorre por insuficiência ou falta total do suprimento sanguíneo no território de uma artéria. A extensão do déficit neurológico vai depender do tamanho e da localização do infarto. A oclusão arterial pode ser devido a uma trombose (formação de coágulo na parede do vaso) ou a embolia, que parte de um trombo, se separa de seu local de origem e é transportado pela corrente sanguínea até ocluir outro vaso (DAVIER; KIDD, 2002).

Segundo Davier e Kidd (2002), os sinais e sintomas variam de acordo com o território cerebral envolvido, no entanto, alguns sintomas são frequentemente encontrados: perda sensorial, fraqueza motora contralateral, perda da metade do campo visual, afasia (comprometimento da linguagem), hemiparesia (fraqueza contralateral), afasia de Wernicke (incapacidade da compreensão da linguagem, tanto ouvida quando a lida), alteração da consciência, apraxia e vertigem.

O paciente é hipertenso, diabético e realiza treino de marcha com a prótese a qual utiliza a maior parte do tempo. A prótese tem um sistema de sucção e joelho não articulado (fixo), o que dificulta a reabilitação de marcha funcional. Apresenta hiperemia leve na porção proximal do coto, pequeno ferimento na perna à direita no nível do terço médio da fíbula, déficit de equilíbrio e coordenação na deambulação, flacidez do coto e retração dos músculos: tensor da fáscia lata, iliopsoas bilateral, quadríceps, tríceps sural e isquiotibiais à direita. O enfoque no tratamento fisioterapêutico realizado na Clínica de Fisioterapia da Unimep é baseado na cinesioterapia englobando exercícios passivos, ativos livres, ativo assistidos e resistidos de membros inferiores.

Segundo Araujo, Andrade e Torres (2009) a amputação é um processo cirúrgico que consiste na retirada parcial ou total de um membro. A principal causa de amputação de membros inferiores são doenças vasculares periféricas, principalmente quando estão associadas ao tabagismo e diabetes.

A amputação transfemural corresponde ao nível de amputação entre a desarticulação do joelho e a articulação do quadril e o comprimento mínimo para colocação de prótese é de 10 cm abaixo do trocanter (ARAUJO; ANDRADE; TORRES, 2009). O coto é considerado um membro residual, um novo membro que é responsável pelo controle da prótese durante o ortostatismo e a deambulação. O coto deve apresentar boa mobilidade e circulação sanguínea, ser recoberto por um bom coxim muscular, não apresentar dor e ter a pele sadia (PASTRE et. al, 2006).

O início precoce do tratamento pode influenciar nos resultados do processo de reabilitação. O fisioterapeuta deve realizar uma boa avaliação do paciente, observando seu estado como um todo inclusive o aspecto psicossocial. Depois da avaliação serão traçados os objetivos do tratamento de acordo com o estado físico e emocional do paciente. A reabilitação só estará concluída quando o indivíduo estiver fazendo uso das próteses, com total controle e independência nas atividades de vida diária, profissionais e recreativas (ARAUJO; ANDRADE; TORRES, 2009).

O enfaixamento do coto é importante para que ocorra uma adequada adaptação ao encaixe da prótese, e assim reduzir o edema e produzir um formato cilíndrico ao coto. A pressão no enfaixamento deve ser maior de distal para proximal e do tipo oito ou em espiral e a bandagem deve ficar sem pregas. O enfaixamento pode ser retirado de duas em duas horas. Nos primeiros momentos de adaptação, manter o coto sem faixa em um período mínimo de 15 minutos e então refazer o enfaixamento (PASTRE et. al, 2006)

2. Objetivos

O objetivo deste trabalho foi buscar na literatura mais opções de tratamento para o paciente amputado com a finalidade de diminuir as retrações musculares, evitar padrões de deformidade do coto, minimizar a dor do membro fantasma, aumentar a força muscular dos membros inferiores, aumentar a mobilidade do tronco para auxiliar as transferências, reduzir a espasticidade flexora do membro superior esquerdo, aumentar a força muscular dos membros superiores, tornar a marcha funcional, melhorar o equilíbrio e coordenação durante a marcha com prótese.

3. Desenvolvimento

Paciente do gênero masculino, 70 anos, aposentado, queixa-se de dores na virilha, terço proximal da coxa amputada, dor fantasma, hiperemia na porção proximal do coto, leve ferimento na perna à direita, déficit de equilíbrio e coordenação e flacidez do coto. Realiza o tratamento de fisioterapia na clínica-escola da Universidade Metodista de Piracicaba há 2 anos.

A avaliação do paciente foi baseada na história de moléstia atual (HMA), na inspeção visual, nas queixas apresentadas pelo paciente, nas avaliações de amplitude de movimento (ADM), força muscular (FM), testes de retração muscular e avaliação de sensibilidade. Considerando todos os dados da avaliação pode-se constatar que há um déficit de força muscular em todo hemitórax esquerdo e retrações musculares de tríceps sural, isquiotibiais, tensor da fáscia lata, iliopsoas, rotadores laterais e abdutores do quadril, além de sensibilidade um pouco diminuída no membro inferior esquerdo.

4. Resultado e Discussão

Os resultados estão baseados na busca de alternativas de tratamento e intervenção fisioterapêuticas embasadas na teoria de cada disciplina estudada no decorrer do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Metodista de Piracicaba.

O paciente passou a fazer fisioterapia após a amputação com o objetivo de preparar o coto para a protetização, realizar treinos de transferência, equilíbrio, coordenação e de habilidade para realizar as atividades de vida diária. O enfoque do tratamento no momento do desenvolvimento do trabalho foi a Cinesioterapia com exercícios de fortalecimento e alongamento dos músculos para evitar deformidades em flexão do coxo femoral que é atribuída ao encurtamento do músculo iliopsoas e treino de marcha com a prótese.

Entre os recursos e exercícios que podem ser explorados na terapia do paciente amputado em uma fase mais inicial encontram-se: exercícios para o fortalecimento dos membros superiores e para o tronco como realizar rolamentos, transferências de decúbitos, ponte

e exercícios de fortalecimentos de abdominais e paravertebrais. No membro inferior não amputado deve-se manter o tônus e trofismo muscular.

A mecanoterapia estimula a atividade funcional dos aparelhos e sistemas, diminuindo e corrigindo a deficiência dos músculos ou grupos musculares; mantém a amplitude articular e conseqüentemente um movimento mais funcional; estimula o paciente a usar sua capacidade adquirida, integrando-o na sua reabilitação (PASTRE et. al, 2006).

Nos recursos de eletrotermofototerapia há o ultrassom, que diminui a rigidez articular, o espasmo muscular, promove analgesia e cicatrização. O Tens é indicado para o alívio da dor e sensação fantasma do membro. A corrente russa também é utilizada na reabilitação visando à melhora da função muscular (ARAUJO; ANDRADE; TORRES, 2009). A crioterapia diminui a transmissão nervosa diminuindo assim a excitabilidade das terminações nervosas livres, logo, pode ser utilizada para alívio de dor, diminuição da sensação fantasma e edema, com a finalidade de dessensibilizar o coto ósseo do indivíduo (KNIGHT, 2000).

A participação do fisioterapeuta inicia-se no pós-operatório com as orientações de enfaixamento para promover retorno venoso, posicionamento evitando encurtamentos ou deformidades e analgesia. Em um segundo momento a atuação do fisioterapeuta baseia-se na dessensibilização do coto para diminuir as sensações fantasma e dores ao contato (PIRES; SANDOVAL, 2010).

A massagem clássica utilizada em pacientes amputados tem por objetivo a melhora da mobilidade do tecido e proporcionar um processo de cicatrização mais rápido. Segundo Carvalho (2003) ela deve ser realizada acima e abaixo da incisão, verificando sempre se não há presença de processos isquêmicos ou infecciosos. A técnica de fricção deve ser utilizada para casos onde há aderência na cicatriz.

A fisioterapia aquática segundo Kisner (2005) tem por objetivos facilitar os exercícios de amplitude de movimento, iniciar o treinamento resistido, facilitar atividades de descarga de peso, facilitar os exercícios cardiovasculares, iniciar a simulação de atividades funcionais e favorecer o relaxamento do paciente. A utilização do turbilhão é indicada, pois tem ajudado na liberação de cicatrizes retráteis (CARVALHO, 2003). As respostas fisiológicas que são aceitas de qualquer forma de calor são o aumento da extensibilidade do tecido colágeno, a diminuição da rigidez articular, a produção do alívio da dor e aumento do fluxo sanguíneo, efeitos esses conduzidos pela utilização do turbilhão.

Na cicatriz da amputação pode ser realizado um tratamento com ultra som e laser para que não ocorra fibrose e aderência da cicatriz e pode ser realizada a massagem clássica ou a massagem de estiramento quando houver a aderência ou a invaginação da cicatriz (PASTRE et. al, 2006).

A drenagem linfática é uma massagem que visa à redução do edema através de manobras específicas que drenam o edema para os vasos linfáticos que são responsáveis pela absorção desse líquido. Também pode ser utilizada em pacientes amputados quando há edema antes ou após a cirurgia (GODOY; GODOY, 2004).

Os tratamentos fisioterapêuticos voltados para os pacientes amputados abrangem muitos recursos. Até hoje, todos eles têm se mostrado eficazes. No entanto, cada paciente tem sua particularidade e precisa de cuidados diferentes, sendo únicas, as características, biotipo, estado físico e emocional. Lembrando que a evolução e o sucesso do tratamento não dependem apenas do terapeuta, mas também da motivação do paciente e estado psicossocial do mesmo.

A amputação do membro afetado influi diretamente na imagem corporal e na identidade do indivíduo. O fisioterapeuta, além de atuar na reabilitação física do paciente amputado, deve dar o mínimo de apoio emocional e incentivo, buscando o otimismo nas sessões de terapia, porém, lembrando sempre de não oferecer expectativas falsas em relação ao prognóstico do mesmo.

5. Considerações Finais

Como o objetivo do trabalho foi relacionar as disciplinas do curso com o caso clínico apresentado, é importante ressaltar que a maioria dos recursos citados já haviam sido realizados em outro momento, mostrando sucesso na reabilitação do paciente, uma vez que o mesmo havia recebido alta no final da etapa de estagio em que foi realizado o trabalho. A literatura mostra que, recursos como a Fisioterapia Aquática, que não havia sido realizada com o paciente, também proporciona benefícios indispensáveis na reabilitação do amputado.

O profissional da saúde deve saber como proceder com um paciente amputado, ou que ainda passará pela amputação. Os aspectos psicossociais que envolvem o processo de amputação são de grande importância, uma vez que podem, e na maioria das vezes, levam o paciente a quadros depressivos. Agir com cautela, procurando motivar o paciente com estímulos positivos com relação à terapia são pontos importantes. Se o quadro emocional do paciente for bastante debilitado, o fisioterapeuta ou qualquer outro profissional deve ter a sensatez de encaminhá-lo para um psicólogo ou psiquiatra, se for o caso.

Para garantir um tratamento de qualidade e com resultados satisfatórios, além dos aspectos éticos, teológicos e filosóficos que norteiam o dia-a-dia do paciente, é indispensável que este seja atendido por uma equipe multidisciplinar, capaz de solucionar ou amenizar seus problemas através da troca de conhecimentos e experiência.

Referências Bibliográficas

- ARAUJO, R.; ANDRADE, P; TORRES, B. Principais recursos fisioterapêuticos utilizados em amputados transfemorais durante a fase de pré protetização. Centro de Ciências da Saúde. p. 1-6.
- CARVALHO. Amputações dos membros inferiores. Em busca da plena reabilitação, 2. ed. São Paulo, 2003, p 1-360.
- CASSAR, M. Manual de massagem terapêutica. 1.ed. São Paulo, 2001.p1- 223
- DAVIER, A.; KIDD, C.Fisiologia Humana. Porto Alegre, 2002, p. 277-281
- GODOY, J. M. P; GODDY, M. F. G. Drenagem linfática manual: novo conceito, J Vasc Br, v.3, n.1, 2004
- KISNER, C.; COLBY, L.A. Exercícios terapêuticos. Fundamentos e técnicas. 1.ed. São Paulo,1989, p1 -681
- KNIGHT, K.L. Crioterapia no tratamento das lesões esportivas. São Paulo, 2000 p. 5, 7-9, 99, 104-105, 151-153, 16, 176
- NOBACK, C.; STROMINGER, N.; DEMAREST, R. Neuroanatomia: estrutura e função do sistema nervoso humano. 5.ed. São Paulo, 1999. p 1-16
- PASTRE, C.; SALIONI, J.; OLIVEIRA, B.; MICHELETTO, M.; JUNIOR, J. Fisioterapia e amputação transtibial. Arq Ciência e Saúde. Ribeirão Preto, p. 120-123, jan 2006
-
- PIRES, S.R.; SANDOVAL, R.A. Perfil de diabéticos amputados de membro inferior atendido no serviço de fisioterapia do centro de reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santillo Crer. Trances, Goiânia, v.2, n.4, p. 213-224, 2010