

Reeducação Funcional de Doentes com Coxartrose, Submetidos a Implante de Prótese da Anca

Joaquim Pereira Caneira *

Proporcionar uma postura e alinhamento corporal correcto, restituir o equilíbrio e a capacidade de deambulação, permitindo o recomeço das actividades de vida, de forma autónoma, são os objectivos que deverão nortear todo o processo de reabilitação de pessoas com implante de prótese da anca.

A intervenção do enfermeiro deve ter em conta que esse processo deve continuar após a alta, sendo o doente e família os seus principais agentes, necessitando para tal de ensino e treino, nomeadamente em relação a:

- Posicionamentos na cama e na cadeira;
- Técnicas de saída e entrada na cama, utilizando medidas de prevenção da luxação da prótese;
- Técnicas de automobilização osteoarticular;
- Técnicas de tonificação muscular;
- Marcha correcta, com meios auxiliares (canadianas ou muletas).

Posicionamentos

Para o implante da prótese poderá ser utilizada uma das seguintes vias cirúrgicas:

- *Via de Moore* – incisão cirúrgica de cerca de 15cm, na face latero-externa proximal da coxa;
- *Via Anterior Directa* – incisão cirúrgica latero-proximal da coxa.

Os cuidados de enfermagem e de reeducação funcional são diferentes consoante a via cirúrgica utilizada:

Quando se utilizou a via de Moore, o doente deverá ser posicionado, no decúbito dorsal, com o membro operado em abdução e rotação externa (figura 1). Não deve fazer a adução e rotação interna.

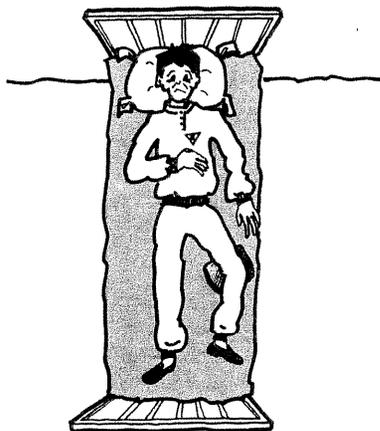


Figura 1

Quando se utilizou a via anterior directa, o doente deverá ser posicionado, em decúbito dorsal, com o membro operado em posição neutra — posição anatômica — (figura 2). Não deve fazer a abdução nem a rotação externa.

Independentemente da via cirúrgica utilizada, o membro operado é posicionado com uma almofada, pequena, na região poplíteia de forma a fazer uma flexão de cerca de 30°. A almofada deverá ser utilizada apenas por períodos de duas horas, alternando com períodos de uma hora sem almofada.

* Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

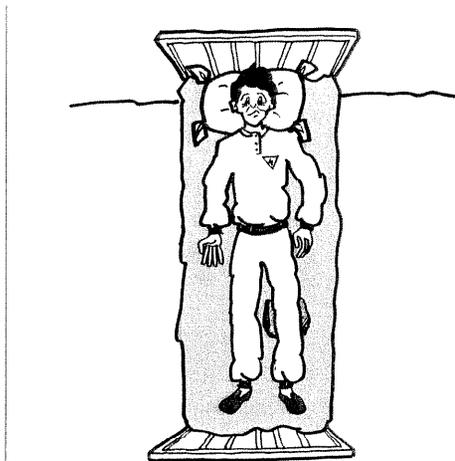


Figura 2

Para passar do decúbito dorsal para o lateral a técnica segura para prevenir a luxação da prótese e a que permite o autoposicionamento com menos esforço é a seguinte:

1º tempo – Doente em decúbito dorsal, com os joelhos flectidos a cerca de 70º (figura 3) com uma almofada de volume suficiente para manter o membro em abdução e rotação externa (via de Moore) ou com o volume bastante apenas para manter o membro na posição neutra (via anterior directa).

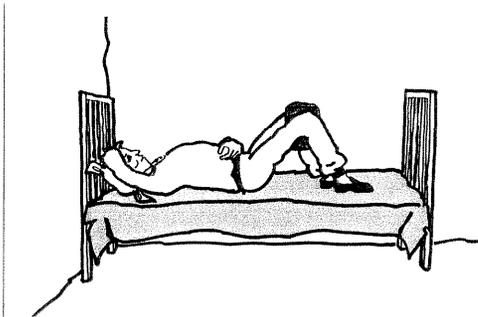


Figura 3

2º tempo – Roda em bloco para o lado são (contralateral), devendo ficar conforme a figura 4.

Na primeira semana do post-operatório, convém posicionar o doente, *depois de lateralizado*: com uma almofada da raiz da coxa até ao joelho e outra do joelho à região da tibiotársica, tendo sempre em atenção a via cirúrgica e a conveniente posição do membro operado.

A partir da primeira semana, basta apenas uma almofada entre os joelhos. Pretende-se que nesta fase o doente seja capaz de se autoposicionar.

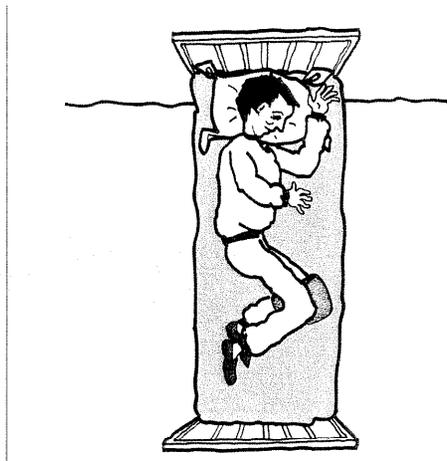


Figura 4

Reeducação funcional motora

Exercícios de Mobilidade Articular

Devem ter início logo após as 48 h de post operatório, com mobilizações activas e activas assistidas de todas as articulações do membro operado (os restantes segmentos articulares corporais deverão igualmente ser trabalhados activamente).

A recuperação da mobilidade articular da anca com prótese deve ser progressiva na sua amplitude, de forma a atingir os 90º de flexão entre o 8º e 10º dias, não devendo ir além desta amplitude, sob risco de luxação (depois dos três meses não são recomendadas restrições).

- Quando se utilizou a via de Moore, a adução não deve ir além da linha média anatómica. A rotação interna está contra indicada.
- No caso de se ter utilizado a via anterior directa, pode-se realizar a adução e a abdução em amplitudes de 10 a 15º. A rotação externa está contra indicada.

Exercícios de Tonificação Muscular

O trabalho de fortalecimento muscular, tal como as mobilizações, deve ter início, também, após as 48 h da cirurgia e deve ser concomitante com o trabalho de recuperação da mobilidade articular:

1º – Trabalho Isométrico – no período dos 4 dias imediatos à cirurgia:

- médio e grande glúteo;

- quadríceps;
- isquio-tibiais;
- flexores da coxa;
- adutores e abdutores da coxa.

2º - *Trabalho activo* - a partir do 5º dia para os músculos da anca operada e *trabalho activo resistido* para os restantes segmentos articulares.

Processo de sair e entrar na cama

Aconselha-se *que o levante seja precoce* (4º - 5º dia após a cirurgia).

Os cuidados de enfermagem devem pautar-se pelo protocolo de promoção do levante após cirurgia. Relativamente aos *cuidados específicos inerentes à prótese da anca*, propomos que sejam utilizadas as técnicas que passamos a descrever:

1º *tempo* - Doente em decúbito dorsal, com os joelhos flectidos a 70º (figura 5).

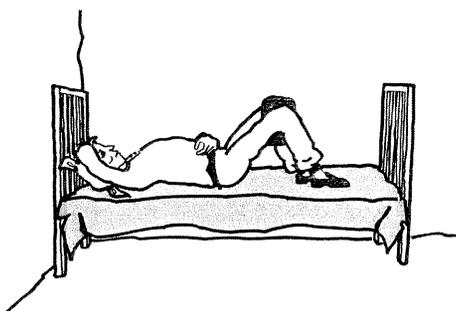


Figura 5

2º *tempo* - Roda em bloco para o lado são (contralateral) e fica conforme a figura 6.

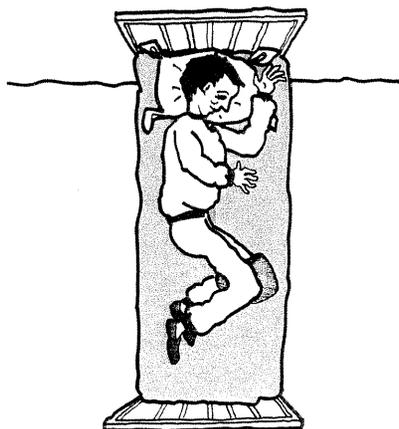


Figura 6

3º *tempo* - Arrasta-se para a beira da cama, com os joelhos flectidos e uma almofada entre eles (figura 7).

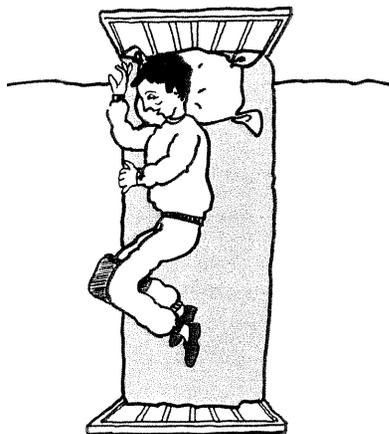


Figura 7

4º *tempo* - Com o braço que fica do lado do colchão, faz alavanca para elevar o tronco e, simultaneamente, desloca as pernas para fora do colchão (figura 8). A força gravitacional que actua ao nível das pernas auxilia o movimento de elevação do tronco.

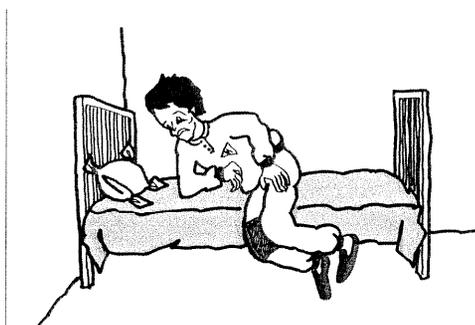


Figura 8

5º *tempo* - Fica sentado na beira da cama (figura 9).

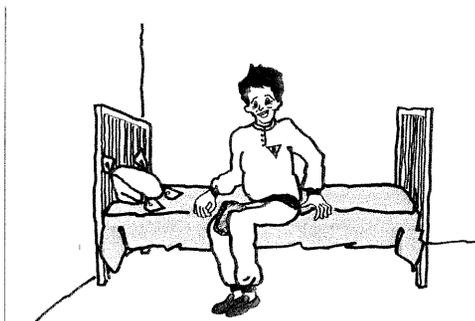


Figura 9

6º tempo – Prepara-se uma cadeira com uma altura que permita que o doente ao sentar-se fique com a anca mais alta que o joelho. *A anca não deve flexir mais que 90º.*

Preparada a cadeira, processamos a transferência do doente, que deve realizar-se pelo lado da perna sã. O enfermeiro ajuda o doente a erguer-se para a posição de pé. Fica alguns minutos nesta posição, com o peso do corpo sobre o membro sã e com o pé do membro operado apoiado no chão, mas sem fazer carga. Seguidamente roda, com a ajuda do enfermeiro e com o auxílio de canadianas, de forma a ficar com as costas para a cadeira. Recua até sentir as pernas a tocar na cadeira. Larga as canadianas e apoia as mãos nas grades da cama. Nesta posição, com o auxílio dos braços, senta-se (figura 10). *Atenção* à posição do membro operado (rotação externa e abdução ou posição neutra).

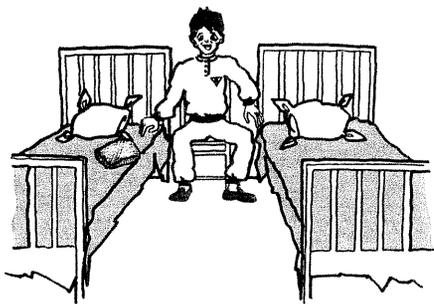


Figura 10

7º tempo – Fazer levantes, apoiando-se nas barras da cama, para a posição de pé (figura 11) por períodos de 10 a 15 minutos, ou mais, de acordo com a tolerância do doente.

No dia que faz o primeiro levante não deve fazer marcha. Deve iniciá-la no segundo dia.

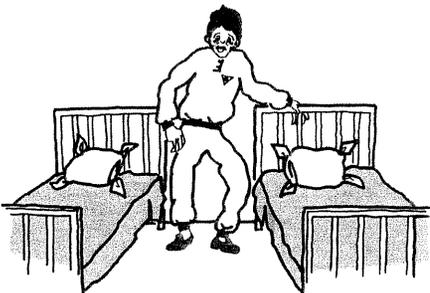


Figura 11

8º tempo – Treino de marcha com canadianas a três pontos. Esta deverá ser executada (durante o 1º mês) com o membro operado quase em descarga total, apenas com uma força de contacto ao solo de 4 a 5 kg. A partir do 2º mês, inicia aumento da carga de forma progressiva, devendo ser capaz de fazer marcha com carga total e sem meios auxiliares da marcha aos três meses.

Recomendações para depois da alta

Fazer recomendações objectivas, sem esquecer os comportamentos adequados de modo a “poupar” a prótese e prevenir a luxação:

- Deve fazer marcha com canadianas durante três meses;
- Não deve fazer carga sobre o membro durante o primeiro mês;
- Deve Iniciar carga progressiva a partir do primeiro mês (cerca de 10% do peso corporal por semana);
- Depois dos três meses deve fazer marcha sem canadianas;
- Não deve carregar pesos ou executar actividades que sobrecarregue a anca;
- Não deve fazer mais de 90º de flexão na anca operada;
- Não deve cruzar as pernas;
- Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas;
- Não deve sentar-se em cadeiras sem braços, para evitar inclinar o corpo ao levantar-se provocando o aumento de carga na anca operada;
- Não deve dobrar o corpo sobre as pernas a partir da posição de sentado;
- Não deve fazer rotações bruscas ou forçadas da anca. As viragens na cama devem ser feitas evitando torções do tronco sobre a bacia;
- Deve dormir com uma almofada entre as pernas, pelo menos 8 a 12 meses;
- Deve evitar pisos acidentados e andar de bicicleta;
- Não deve aumentar de peso (se possível, deve baixá-lo);
- Deve preferencialmente tomar banho de duche, em substituição da banheira;
- Todos os exercícios ensinados e treinados durante o internamento devem continuar, pelo menos durante 6 meses.