

REABILITAÇÃO DO AMPUTADO DO MEMBRO INFERIOR

Arménio Guardado Cruz*

0 — INTRODUÇÃO:

Apesar de na última década terem surgido inúmeras técnicas cirúrgicas de "salvação de membros" a amputação é ainda o tratamento cirúrgico mais utilizado na maioria dos tumores ósseos.

Surge muitas vezes como "... o único meio de proporcionar uma melhoria da qualidade de vida" e não sendo um fim em si mesmo, será um meio através do qual se alcançam novos horizontes.

Os diversos problemas e necessidades que estes indivíduos apresentam não permitem considerá-los apenas como portadores de um membro mas sim, como um TODO (bio-psico-social).

A melhoria da qualidade de vida destes doentes depende bastante do programa de reabilitação que inclui os seguintes objectivos:

- Ajudar o amputado a adaptar-se a uma situação nova.
- Aumentar a sua independência nas diversas A.V.D.
- Reintegrar o indivíduo no seu ambiente familiar, social e profissional.

Para se alcançarem estes objectivos é fundamental um trabalho de equipe pluridisciplinar em que a participação do amputado é essencial.



Iremos de seguida, relembrar algumas noções genéricas, identificar os principais problemas e necessidades destes doentes e descrever algumas atitudes e técnicas facilitadoras de satisfação das necessidades nas diversas fases do Programa de Reabilitação.

1- GENERALIDADES:

A amputação é o termo utilizado para "separação de um membro ou parte dele, do corpo a que pertence, por meio de um corte".

É uma intervenção destrutiva que retira funções e aferências sensoriais. É a perda de uma parte do "Eu", uma situação particularmente desfigurante e traumatizante em que a imagem corporal é bastante afectada.

As causas podem ser *congénitas e adquiridas* sendo, neste caso, as traumáticas as mais frequentes (ac. viação, ac. trabalho, desportivos).

Podem também ser de origem vascular ou provocadas por infecções (osteomielite, gangrena, feridas sépticas)

As de origem tumoral são infelizmente um grupo cada vez mais significativo sendo os jovens os mais atingidos provocando situações dramáticas e verdadeiros problemas sociais.

As amputações podem ser realizadas a vários níveis.

* Enf. Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Hospitais da Universidade de Coimbra.

Cada amputação será um caso diferente dependendo do diagnóstico (tipo de tumor, sua localização e extensão), da idade do doente e da possibilidade de deambulação com prótese.

Normalmente, são criados retalhos de tecidos moles que são usadas para recobrir a extremidade óssea de modo a:

- Permitir a colocação de uma prótese, posteriormente.
- Permitir a melhor função possível.
- Diminuir o mínimo dispêndio de energia.
- Manter a integridade vascular.
- Preservar o aspecto estético.

O nível de amputação e as características do coto são de grande importância nesta problemática, interferindo em todo o programa de reabilitação e no próprio prognóstico.

Quanto mais alto, menos segmentos articulares e menos massas musculares logo, mais dificuldades no retorno à funcionalidade.

2.- PRÉ-OPERATÓRIO:

O tratamento cirúrgico dos tumores ósseos implica um estudo prévio com a realização de exames complementares para confirmar o diagnóstico.

Por isso, a cirurgia é programada e existe sempre um período pré-operatório contrariamente ao que sucede no caso de uma amputação de origem traumática.

Este período é fundamental pois permite ao doente entender o que acontecerá e o que se espera dele no pós-operatório, acelera o processo de recuperação e previne complicações.

Apoio psicológico:

As características psicológicas e culturais do doente são uma das variáveis mais importantes em todo o processo.

Alguns autores referem mesmo que "o sucesso do programa de reabilitação depende mais de critérios psicológicos do que físicos".

A nossa atitude neste aspecto depende sempre da reacção e comportamento de cada doente.

As alterações do esquema corporal e da auto-estima podem originar reacções imprevisíveis, desde a hostilidade à euforia, passando por medos, ansiedades, conflitos, etc.

Só conhecendo as diversas reacções possíveis é que podemos, de facto, ajudar a superá-las.

Devemos ter disponibilidade para ouvir e ter uma relação de ajuda para com o doente.

Deve-se também preparar o doente para as possíveis complicações que podem surgir no pós-operatório (dor fantasma, sensação fantasma, etc.).

Reeducação Respiratória:

A anestesia e a agressão cirúrgica associada à imobilização no pós-operatório podem originar retenção de secreções e complicações respiratórias.

Para prevenir essas complicações e obter uma recuperação funcional mais rápida deveremos realizar o treino pré-operatório:

- Ensino sobre a respiração - ênfase na fase expiratória.
- Exercícios respiratórios globais e selectivos.
- Ensino da tosse - tosse dirigida.

Tonificação muscular e mobilidade articular:

Devemos planejar e ensinar exercícios isométricos e isotónicos para as articulações residuais do membro a operar e dos restantes membros.

Exercícios de força muscular dos membros superiores e abdómen com maior incidência nos extensores dos braços e abaixadores do ombro - importantes para a deambulação e mobilidade na cadeira.

Os exercícios para o membro contrário têm o objectivo de o preparar para a sobrecarga a que vai ficar sujeito após a amputação. Alguns exemplos de exercícios:

- Colocar um trapézio suspenso na cama e motivá-lo a elevar o tronco, várias vezes ao dia.
- Ensinar exercícios extensão e elevação do tronco na beira da cama e cadeira de rodas.
- Ensino de exercícios isométricos (quadríceps, glúteos).
- Em decúbito ventral, exercícios de elevação do tronco (tipo flexão).

- Exercícios isotónicos dos vários grupos articulares dos membros superiores e inferiores, com ou sem pesos.

O ensino do posicionamento correcto do coto, associado à mobilização precoce são fundamentais para a prevenção de contracturas musculares.

Treino de equilíbrio e de marcha:

Devemos ensinar o uso de canadianas, os padrões de marcha e posturas correctas em pé e em deambulação a adoptar no pós-operatório:

- Equilibrar-se na perna contrária à amputação, primeiro segurando-se a uma cadeira e depois sem apoio.
- Levantar-se duma cadeira sem apoio e ficar de pé.
- Treino de marcha pendular com canadianas ou nas barras paralelas com flexão do joelho do membro a amputar.



Treino de marcha em paralelas

- Treinar a subir/descer escadas com canadianas.

Estes exercícios de equilíbrio devem ser realizados em frente a um espelho quadriculado.

3 - PÓS-OPERATÓRIO

3.1 - Pós-operatório agudo:

Nesta fase, para além de se dar continuidade ao ensino e treino feito no pré-operatório, os principais objectivos são:

Reduzir a dor e o edema:

- Apoio e ajuda psicológica
- Elevar os pés da cama com tacos.
- Penso compressivo com ligaduras elásticas (técnica da ligadura)
- Mobilização do coto precocemente
- Massagem de drenagem do coto (após cicatrização)
- Encorajar o doente a mobilizar mentalmente os dedos do pé amputado.

Prevenir problemas respiratórios e circulatórios:

- Vigilância do penso e drenagens
- Reforço de líquidos.
- Exercícios respiratórios - ênfase na expiração.
- Ensino e estímulo da tosse.

Prevenir contracturas a nível da coxofemural ou joelho:

** Posicionamentos*

- Decúbitos ventrais com frequência.
- Em decúbito dorsal, colocar lençol por cima do coto mantendo a posição neutra - apoio lateral com sacos de areia.
- Evitar almofada na região poplíteia ou debaixo do coto.

- Mobilização activa e levante precoce.

** Após o levante:*

- Evitar períodos longos sentado.
- Colocar tábua de apoio na cadeira de rodas (prevenir flexão do joelho).

Manter a mobilidade de todas as articulações:

Mobilização activa e activa assistida (amplitude total) das várias articulações residuais do coto e dos restantes membros.

Manter e melhorar a força muscular:

Exercícios isométricos e isotónicos para todos os grupos musculares - ênfase nos extensores do joelho (quadríceps) ou da coxa (glúteos), abdutores e adutores.

Fortalecimento dos membros superiores (depressores do ombro e extensores do cotovelo)

Fortalecimento dos músculos do tronco e abdominais.

Melhorar o equilíbrio e posturas:

- Estimular a execução de exercícios ensinados no pré-operatório.
- Levante precoce.
- Treino de equilíbrio sentado - corrigir posturas.
- Levantar-se da cadeira sózinho e sem apoio.
- Treino de equilíbrio de pé com cadeira e paralelas.

3.2- Fase pré-protética:

Ultrapassada a fase aguda, esta fase será a sua continuação no sentido de preparar o doente para o possível uso de uma prótese e readaptação às actividades diárias normais.

Inicia-se no serviço mas, simultaneamente, o doente (logo que haja condições) começa a ir diariamente ao Serviço Medicina Física e Reabilitação para o preparar para a alta e continuar a ser seguido em ambulatório até à colocação de prótese.

Higiene do coto:

Deve-se iniciar após a remoção das suturas (12-15 dias).

Nesta fase deve-se fazer o ensino ao doente e família.

- Uso de espelho para inspecionar o coto.
- Lavar o coto diariamente com água e sabão, secando-o com uma toalha fina.
- Massajar a cicatriz com creme gorduroso.
- Massagem com batimentos, no caso de haver dor fantasma.

Reduzir o edema e melhorar a forma do coto para o uso de prótese:

A aplicação da ligadura elástica é essencial.

Nesta fase deve-se ensinar ao doente e família a autoexecução, tendo sempre em conta os problemas que podem surgir a nível do coto e que prejudicarão o uso de prótese como é o caso de "orelhas de cachorro", "excesso de tecido adiposo" e o "rolo adutor"



*** Requisitos com o coto:**

Como vimos anteriormente, o coto é um elemento fundamental na problemática da amputação.

Ele é a fonte de energia motriz que transmitido à prótese origina função.

Para que o coto seja funcional e permita uma adaptação capaz à prótese é necessário ser moldado cónicamente, indolor, firme, com força muscular, comprimento adequado e a cicatriz sem quelóides ou aderências.

Todos estes aspectos dependem de uma boa técnica cirúrgica, uma higiene cuidada, massagem para descolar aderências, mobilizações activas e uma boa técnica de ligadura do coto.

Características da ligadura do coto:

Os objectivos são:

- Prevenir a hemorragia e o edema.
- Diminuir e moldar o coto cónicamente.
- Favorecer um bom retorno venoso.
- Reduzir a dor.

Na execução devemos ter em atenção a força exercida na sua aplicação para evitar compressões em demasia.

A ligadura deve ser aplicada com firmeza, diminuindo a pressão da parte distal para a proximal e nunca fazer circulares.



Aumentar a força, mantendo a amplitude de movimentos e evitando contracturas:

Será a continuação dos exercícios realizados anteriormente.

Devemos ter uma preocupação acrescida relativamente aos músculos usados para controlar o uso de prótese.

Os vários métodos utilizados (exercícios isométricos, dinâmicos, resistência progressiva, facilitação neuromuscular proprioceptiva) devem ser ensinados de forma que o doente entenda o objectivo funcional de cada um.

À medida que a força melhora os exercícios aumentam de dificuldade progressivamente.

Independência na deambulação:

É uma das fases mais cruciais porque desenvolve o pré-requisito para o uso de prótese.

Tem como objectivo principal o desenvolvimento de uma marcha sem prótese que é alcançado com um programa altamente integrado que constrói a

força em todos os membros, desenvolve a coordenação e ensina as técnicas de locomoção.

Deve-se dar sequência aos exercícios de equilíbrio sentado e em pé e treino de marcha em paralelas, andarilho, com duas canadianas e uma canadiana.

As posturas sentado e em pé devem ser devidamente corrigidas em frente ao espelho quadriculado.

Treinar saltos com um só pé. Treinar a queda.

Como referimos anteriormente, esta fase coincide normalmente com a alta do doente. É fundamental que ele esteja preparado e alertado para alguns aspectos:

- Evitar que o coto fique em flexão, quer em cadeiras quer na cama, nos amputados abaixo do joelho.
- Não dormir com almofadas nas costas, nem debaixo do joelho.
- Boa postura sentado e em pé.
- Treinar em casa todos os exercícios ensinados
- Não ultrapassar o tempo de marcha, pois pode prejudicar o outro membro.



2.3 - Fase pós-protética:

Esta fase apesar de depender mais do S.M.F.R. (avaliação do doente para uso de prótese; realização do exame inicial da prótese; treinar o doente a colocar e usar a prótese), devemos ter um conhecimento sobre esse processo pois, nos internamentos periódicos a que estes doentes estão sujeitos, o treino não deve ser interrompido.

A prótese é feita para substituição de um membro perdido.

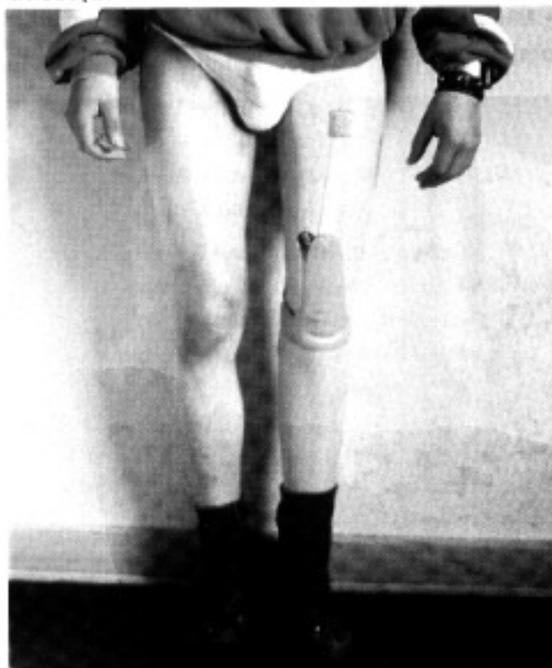
Os seus objectivos são:

- Dar substituição funcional.
- Dar substituição estética.
- Minimizar o trauma do coto.
- Diminuir o gasto de energia.

Os nossos conhecimentos devem incidir sobre:

* *Colocação e remoção da prótese.*

- Depende do tipo de prótese - normalmente, a amputação acima do joelho é utilizada a prótese de sucção.



Prótese de sucção

* *Cuidados com a prótese*

- Limpeza e manutenção - as partes laváveis devem ser limpas diariamente com água e sabão e enxutas depois.

- Devem ser colocadas de pé.

* *Treino de marcha e de equilíbrio*

- Avaliar defeitos de marcha (a causa pode ser da prótese ou do treino)

- Padrões adequados de marcha - pode ser a dois tempos ou a quatro tempos.

* *Motivar o doente a realizar exercícios para manter a força muscular dos vários grupos musculares.*

CONCLUSÃO:

Os amputados de origem tumoral são cada vez mais numerosos e na sua maioria jovens.

Os seus problemas e necessidades são bastantes e de difícil solução.

A reabilitação será um meio de tornar possível a realização de alguns sonhos.

Esperamos que este nosso trabalho não vos tenha fornecido informações definitivas mas, que vos motive para pesquisar e aprofundar esta temática.

Só assim as funções que desempenhamos, poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida destes doentes nos diversos níveis, sem esquecer, que o objectivo último é a sua *reintegração familiar, social e profissional.*

SV

BIBLIOGRAFIA:

BRUNNER, Lillian Shortis; SUDDARTH, Doris Smith - *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*, 5ª ed., vol. 4, R. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.

CHARPENTIER P. et al - *Amputations des membres inférieurs* - Editions Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris - France), Kinésithérapie et Rééducation fonctionnelle, 26270 A 10, 1992, 22 p.

MERTENS, Joanna M. - *O Enfermeiro e o doente amputado*, Servir vol. nº38-nº6, 1989.

O'SULLIVAN, Susan B. et al - *Fisioterapia: tratamento, procedimentos e avaliação*, Editora Manole Lda., 1983.

RODRIGUES, Domingos M. - *Amputado do membro inferior*, Sessão lectiva realizada no 3º C.E.E.R, E.S.E.A.F., 1988.

STONER, Emery K. - *Tratamento do amputado da extremidade inferior*, Em Krusen: *Tratado de Medicina Física e Reabilitação*, 3ª ed., Editora Manole Lda., 1984.