

REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PÓS-FRATURA DE QUADRIL EM PACIENTE SENIL COM OSTEOPOROSE

Kely Christina Rosa Ferreira

Luciano Barbosa de Campos

Orientação: Fisioterapeuta Carlos Alberto Eloy Tavares

Orientação Metodológica: Prof. Ms. Heitor Romero Marques

A osteoporose senil é um estado de porosidade ou rarefação aumentada do osso causada por perda de substâncias ósseas que ocorre no idoso. As mulheres são afetadas de forma muito mais intensa que os homens, com o estabelecimento mais precoce e mais profundo da perda óssea.

A compressão dos aspectos anatomofisiológicos do quadril e sua biomecânica são fundamentais para o entendimento da lesão e sua posterior recuperação. Sendo o quadril a articulação proximal do membro inferior, este possui as importantes funções de promover a mobilidade e o equilíbrio corporal, possuindo para isso três eixos, com três graus de liberdade: 1) um eixo transversal, efetuando os movimentos de flexão e extensão; 2) um eixo ântero-posterior, que realiza os movimentos de abdução 3) um eixo vertical, que permite os movimentos de rotação externa e rotação interna. Os movimentos do quadril são realizados pela articulação coxo femoral, tipo esferóide bem encaixada. É dotada de grande amplitude de movimento e maior estabilidade do que o complexo articular escápulo-umeral.

As fraturas do colo femoral são muito comuns nos idosos, mas são raras antes dos 50 anos de idade. A resistência do osso é consideravelmente enfraquecida por osteoporose, e a maioria das fraturas resulta de quedas simples.

A mortalidade relacionada com fraturas de quadril no idoso é aproximadamente de 15%, com taxas de mortalidade de até 8 vezes maiores em pacientes acima de 75 anos, comparando-se com aqueles entre 65 a 74 anos de idade.

Quando ocorre a fratura de fêmur proximal, o osso foi previamente enfraquecido pela osteoporose, ocorrendo, em sua maioria, fraturas por força de rotação. Estas fraturas têm restrita capacidade de recuperação pelos seguintes fatores: 1) afetando os vasos capsulares a lesão priva a cabeça femoral de seu suprimento vascular sangüíneo principal; 2) o osso intra-articular não tem contato com tecidos moles que poderiam promover osteogêneses, e o líquido sinovial impede a coagulação do hematoma da fratura, tornando-se então fundamental uma aproximação perfeita dos fragmentos ósseos.

O diagnóstico radiológico da maioria das fraturas é feito através do exame de raio-X. Nessa fratura, não há uma linha de fraturas distintas e o diagnóstico depende do reconhecimento de uma linha de esclerose ao longo da zona de impactação e de uma deformidade em valgo da cabeça em relação ao colo.

O tratamento cirúrgico pode ser realizado através de osteossíntese, procurando-se obter uma redução anatômica e estável. As complicações das osteossínteses estão relacionadas a: infecções; perda de fixação, não união; pseudoartrose e necrose avascular.

As vantagens das artroplastias sobre as osteossínteses relacionam-se principalmente ao fato de que permitem uma imediata mobilização do paciente e apoio (deambulação) precoce com carga total, dessa forma, limita significativamente as complicações da imobilização.

As complicações são as que ocorrem em qualquer lesão ou cirurgia em pessoas idosas, especialmente a trombose venosa da panturrilha, embolia pulmonar, pneumonia e as escaras de decúbito. A maioria destes pacientes tem sérios distúrbios médicos e mais de 30% evoluem com óbito nos dois anos que se seguem a fratura. Em associação a estes, estão outras complicações importantes, a necrose avascular, a não consolidação e a osteoartrose tardia, que devem ser consideradas após fraturas com desvio.

As metas gerais do tratamento fisioterápico buscam diminuir o enfraquecimento do tecido conectivo, degeneração da cartilagem articular, atrofia muscular e desenvolvimento de contraturas, assim como amenizar os efeitos do déficit circulatório no membro afetado. Além disso, oferecer ao paciente, com o membro inferior fraturado, adequada utilização de aparelhos (órteses), para assistência ou suporte na deambulação.

A reabilitação deve ser iniciada logo que a fratura esteja sob tratamento definitivo, com o uso ativo do membro e exercícios supervisionados adequadamente pelo fisioterapeuta.