

ABDUTOR LATERAL: UMA ALTERNATIVA NO PÓS-OPERATÓRIO DE PRÓTESE TOTAL DE QUADRIL*

Silvia Helena Valério**

Maria de Fátima Ventura***

RESUMO: Buscando amenizar os inconvenientes que os pacientes submetidos a Prótese Total de Quadril enfrentam no pós-operatório, as autoras vêm apresentar um aparelho idealizado e elaborado por elas, para auxiliar na manutenção do paciente em decúbito lateral, sem que isso concorra em risco de luxação da prótese. Este aparelho foi denominado *Abductor Lateral*, sendo uma nova alternativa para melhoria da assistência de enfermagem e conseqüente recuperação mais segura e confortável aos pacientes submetidos a Prótese Total de Quadril. As autoras descrevem sua forma estrutural, divulgam sua finalidade e demonstram sua forma de uso.

ABSTRACT: Aiming at reducing the improprieties of the patients submitted to total hip arthroplasty surgery in the post operative period, the authors show an equipment that was idealized and built by themselves. It was built to help the maintenance of the patient when he is in the lateral position without the risk of having a prostheses dislocation. This equipment was denominated *Lateral Abductor* becoming a new option to help in nursing care and consequently promoting a safety recover and more comfort to the patient. The authors describe the structure of the equipment, divulge their objective and describe the way of using it.

1. INTRODUÇÃO

O paciente no pós-operatório de Prótese Total de Quadril (P.T.Q.), requer cuidados de enfermagem específicos, daí a importância da realização de trabalhos direcionados à melhoria da assistência desses pacientes.

No ser humano, a articulação coxo-femural tem a finalidade de sustentar o peso corporal, permitir-lhe determinada movimentação e estabilidade. Ela é responsável por movimentos de extensão e flexão, adução e abdução e rotação interna e externa.

A estabilidade articular é fornecida pela cápsula articular, ligamentos que reforçam a cápsula, tendões e músculos. Durante a contração e o relaxamento, os músculos mantêm a superfície articular em contato firme para cada posição da articulação.

Segundo JACOB, FRANCONI, LOSSOW⁽⁵⁾,

“na articulação coxo-femural, a extensão é mais limitada em relação às exigências de maior força e a cápsula é mais espessa e mais curta, pois a extensão do movimento da articulação é diretamente relacionada à frouxidão da cápsula.”

Segundo FUTIDA⁽⁴⁾, a P.T.Q. veio solucionar problemas de vários indivíduos que sofrem de dor intensa, rigidez articular e deformidade.

A P.T.Q. é a substituição da articulação coxo-femural, por uma articulação confeccionada de material sintético, tornando-a o mais próximo possível da fisiológica.

A finalidade desta cirurgia é melhorar a qualidade de vida dos que são vítimas da imobilidade causada por afeções, como ocorre na artrose, artrite reumatóide, osteoartrite, seqüela de Perthes, espondilite anquilosante, tumor ósseo, fraturas, complicações de fratura de colo de fêmur já reparadas, que evoluiriam para

* Trabalho apresentado no 45º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Recife-PE, 28 de novembro a 3 de dezembro de 1993.

** Enfermeira Assistente Administrativa do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo.

*** Enfermeira Unidade de Internação do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo.

pseudoartrose e necrose avascular.

No passado, realizavam-se as artrodeses de quadril tipo Milch-Girdlestone, que mantinham a mobilidade do quadril, mas com pouca estabilidade, obrigando o uso de muletas ou bengalas.

Com o avanço da técnica cirúrgica, por volta de 1950 Thompson e Moore iniciaram as próteses parciais de quadril, e em 1958 Urist e McKee Farrar introduziram a P.T.Q. não cimentada, porém com um certo primarismo na técnica. Com a descoberta do polimetilmetacrilato, Charnley em 1960 desenvolveu a P.T.Q. cimentada, utilizando o teflon (polietileno de alto peso molecular) sem sucesso na época.^(1,2) As próteses foram sofrendo várias modificações, até a descoberta mais recente da P.T.Q. isoclástica de Robert Mathys modificada por Bombelli, que possui aproximadamente o módulo elástico do osso.*

Os pacientes submetidos a essa intervenção cirúrgica, em sua maioria são pessoas idosas que, somado ao problema ortopédico, freqüentemente são portadores de patologias como: hipertensão arterial, diabetes, problemas cardiovasculares, respiratórios e circulatórios, tornando-os susceptíveis a várias complicações no pós-operatório.

Ao ser submetido a P.T.Q. o paciente deverá permanecer em decúbito dorsal horizontal (D.D.H.) com o membro operado em abdução, para o que pode-se utilizar um coxim para auxiliar a manutenção dessa posição, devendo-se também evitar extremos de rotação e flexão aguda do quadril.

Segundo DONAHOO⁽³⁾, o quadril "com a perna na posição neutra a cabeça do fêmur fica bem ajustada ao acetábulo; com a perna em abdução a cabeça do fêmur fica ainda melhor ajustada ao acetábulo; mas com a perna em adução a cabeça do fêmur começa a se deslocar para fora do acetábulo".

No paciente submetido a P.T.Q. a adução dos membros inferiores (MMII), a flexão aguda e a hiperextensão do quadril podem ocasionar uma luxação.

A mudança de decúbito é importante para a prevenção de várias complicações e também para promoção do conforto do paciente. Algumas queixas como: lombalgia, dificuldade em conciliar o sono (pacientes que habitualmente dormem em decúbito lateral ou ventral), sensação de calor em região dorsal e glútea e dor em áreas de pressão, são relatadas por

esses pacientes.

Buscando amenizar os inconvenientes que os pacientes submetidos a P.T.Q. enfrentam, as autoras vêm apresentar um aparelho idealizado e elaborado por elas, para auxiliar na manutenção do decúbito lateral. Esse aparelho, denominado *Abductor Lateral* permite que a enfermagem possa efetuar as mudanças de decúbito necessárias ao paciente, proporcionando-lhe maior conforto e garantindo a estabilidade da articulação, tanto na sua abdução quanto na sua movimentação (flexão e extensão do quadril), protegendo o paciente do acidente da luxação.

O presente trabalho tem por propósito apresentar a forma estrutural do *Abductor Lateral*, divulgar sua finalidade e descrever sua forma de uso.

Com isso, as autoras querem colaborar para melhoria da assistência de enfermagem ao paciente submetido à P.T.Q., e conseqüente recuperação mais segura e confortável.

2. METODOLOGIA

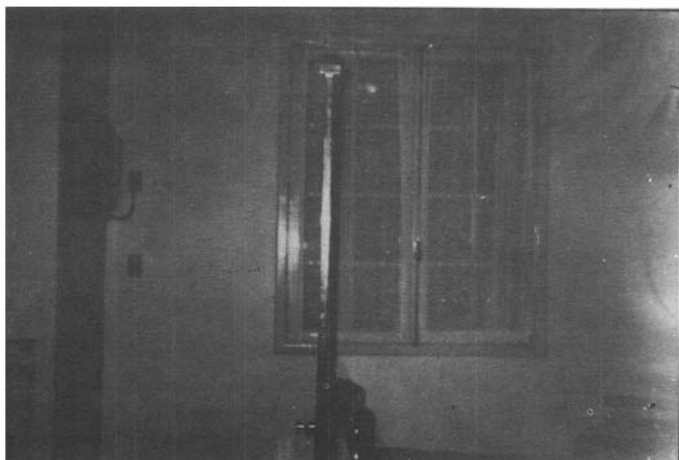
Conhecedoras dos riscos que o paciente submetido a P.T.Q. sofre no seu pós-operatório, as autoras sentiram-se desafiadas a buscar formas de amenizar os problemas sofridos por esse paciente. Inicialmente, dedicaram-se a estudar conceitos de ortopedia, relacionando-os aos cuidados de enfermagem necessários no pós-operatório de P.T.Q., com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente submetido a essa cirurgia.

No início de 1990 foi criado um Grupo de Estudos de Enfermagem em Ortopedia, composto por enfermeiros voluntários que desejassem participar de eventos, cursos, congressos, promover aulas de reciclagem, cursos e reuniões científicas, procurando assim a permanente atualização técnico-científica na especialidade.

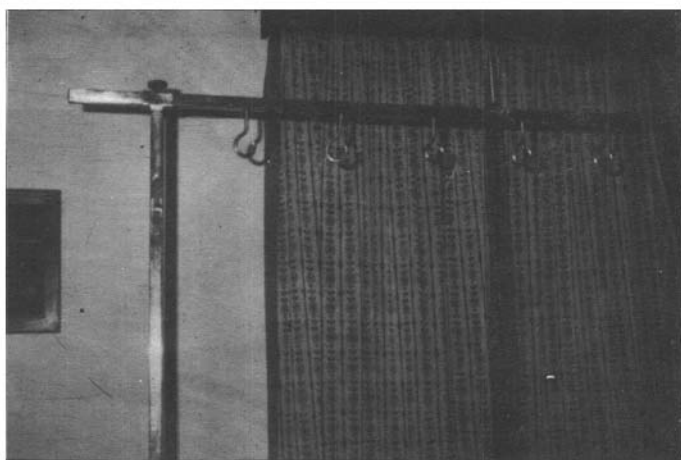
Reuniões semanais foram realizadas onde se discutia, entre outros assuntos, como realizar a mudança de decúbito no paciente em pós-operatório de P.T.Q., sem que isso concorresse em risco ao paciente ou que o deixasse desconfortável.

Este trabalho foi desenvolvido no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que é um hospital geral da rede privada de São Paulo com 145 leitos, sendo que as

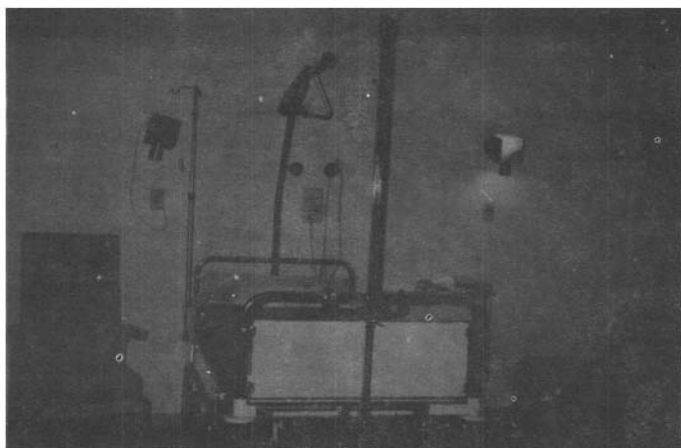
* Rudelli, S.A.A. (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo) Comunicação pessoal.



(Figura 1)



(Figura 2)



(Figura 3)

autoras fazem parte do referido Grupo de Estudos de Enfermagem em Ortopedia.

Idealizou-se, inicialmente através de desenho, um aparelho que viabilizasse a mudança de decúbito no paciente submetido a P.T.Q. de forma confortável e segura. Esse aparelho foi denominado *Abductor Lateral*.

O aparelho deveria ser adaptado à cama hospitalar, manter a abdução quando em decúbito lateral e prevenir os problemas e complicações esperados.

O aparelho idealizado pode ser dividido em três partes (Anexo I):

- hastes
- tiras
- perneira de sustentação.

As hastes

São as partes do aparelho que se mantém em contato com estruturas fixas (da cama) e permitem suportar o peso da perna operada do paciente.

Divididas em duas partes, uma ficará verticalmente instalada (figura 1), enquanto a outra permanecerá na horizontal (figura 2).

A haste vertical é presa a um guia que fica parafusado à cama, e permite seu deslizamento tanto para a direita quanto para a esquerda (figura 3).

A haste horizontal é fixada à vertical de forma perpendicular. Nesta haste de posição horizontal, são colocados ganchos (figura 4), que acolhem as tiras.

Para que a sustentação seja viável, é necessário que o material das hastes tenha resistência, não sofra deformidade e suporte o peso da perna do paciente, podendo-se utilizar o aço.

As tiras

Confeccionadas em "nylon", por tratar-se de material resistente, flexível e lavável, permitem ajustamento na altura desejada, devido às perfurações do tipo cinturão com fivela, garantindo que a perna operada seja elevada até a altura necessária (figura 5).

A perneira de sustentação

Responsável pelo apoio da perna operada, assegura sua sustentação no ar, mantendo apenas a perna do paciente em posição de abdução.

O material escolhido, o couro, é resistente, não deforma, é lavável, garantindo o apoio necessário com segurança.

No ato da instalação do aparelho cuidou-se de forrar a perneira, acolchoando-a para propiciar maior conforto ao paciente (figura 6).

Utilização do Modelo

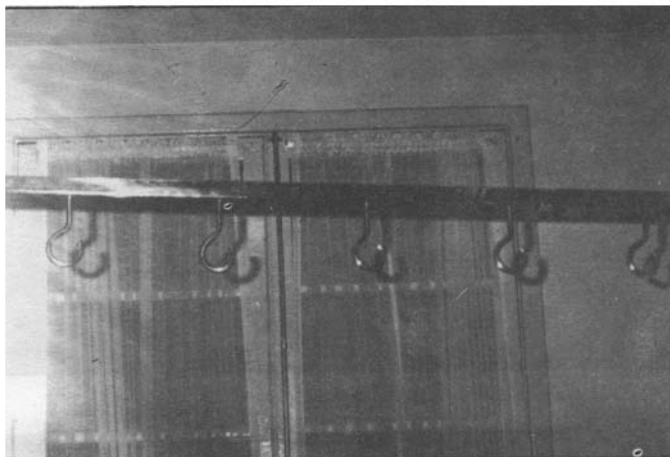
Com o esquema idealizado e projetado (anexo I), era preciso autorização da gerência de enfermagem para a confecção do aparelho, e autorização da equipe médica interna para sua utilização em seus pacientes.

Após a autorização de ambos, e contactado com o serviço de manutenção do Hospital, decidiu-se confeccionar o aparelho e posteriormente testar sua resistência, estabilidade e conforto, primeiro em pessoas voluntárias sadias e depois em indivíduos submetidos a cirurgia.

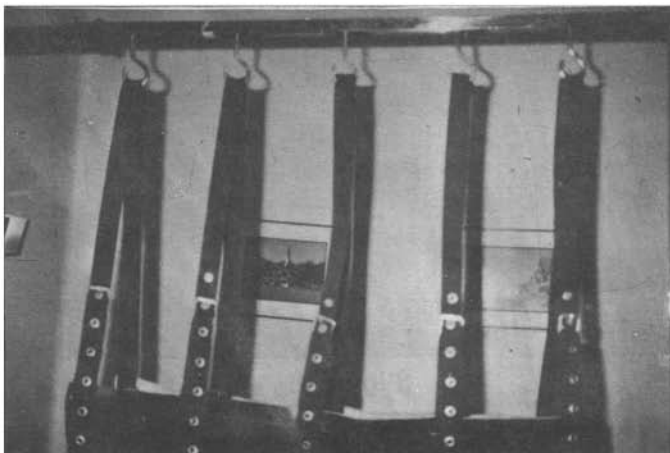
As voluntárias foram funcionários do próprio Hospital, que manifestaram o desejo de colaborar no trabalho.

O primeiro teste (com os voluntários), visava verificar a adequação da forma de montagem e do material escolhido para sua confecção, e se era seguro e confortável.

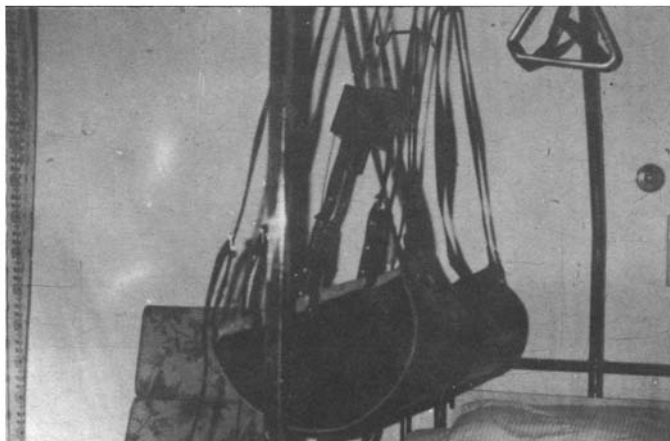
Após o sucesso dos testes preli-



(Figura 4)



(Figura 5)



(Figura 6)



(Figura 7)



(Figura 8)



(Figura 9)

minares, foi dado início ao uso do *Abductor Lateral* nos pacientes em pós-operatório de P.T.Q.

As autoras registravam os pacientes que seriam submetidos a P.T.Q. numa ficha de identificação, selecionando para o uso do *Abductor Lateral* aqueles que possuíssem o hábito de dormir em decúbito lateral e que manifestassem o desejo de poder mudar o decúbito no pós-operatório. (Anexo II)

Procedeu-se então, a instalação do *Abductor Lateral* no leito desse paciente, efetuando-se a mudança de decúbito no primeiro dia do pós-operatório.

Para a execução da mudança de decúbito são necessários dois funcionários de enfermagem e dois travesseiros. Um travesseiro será colocado para conforto da região dorsal, e um será utilizado para auxiliar na mudança de decúbito.

Aproxima-se o paciente contralateralmente para o lado da mudança de decúbito a ser efetuada, para que o mesmo esteja centralizado ao ser virado (figura 7).

Coloca-se um travesseiro entre os MMII, vira-se o paciente em bloco mantendo sempre o membro operado abduzido (figura 8).

Coloca-se o membro operado sobre a perneira de sustentação (figura 9).

Introduz-se as tiras de "nylon" aos ganhos ajustando a abdução necessária (figura 10).

Coloca-se o travesseiro na região dorsal para conforto do paciente garantindo assim, que o mesmo mantenha-se alinhado (figura 11).

Alguns pacientes principalmente obesos, sentem-se mais confortáveis quando é colocado um travesseiro entre o membro abduzido e o que permanece no leito (figura 12).

Após instalação do *Abductor Late-*

ral, o único movimento que o paciente conseguirá realizar é a flexão e extensão de articulação coxo-femural, ou seja, o movimento de marcha, e a angulação coxo-femural nesse movimento não ultrapassará 90°, não ocasionando então, riscos de uma luxação.

Em meados de 1993, iniciamos um programa de treinamento aos enfermeiros, para que o grupo de Enfermagem desse Hospital utilize corretamente o *Abductor Lateral*, podendo assim, prestar uma melhor assistência aos pacientes submetidos a P.T.Q.

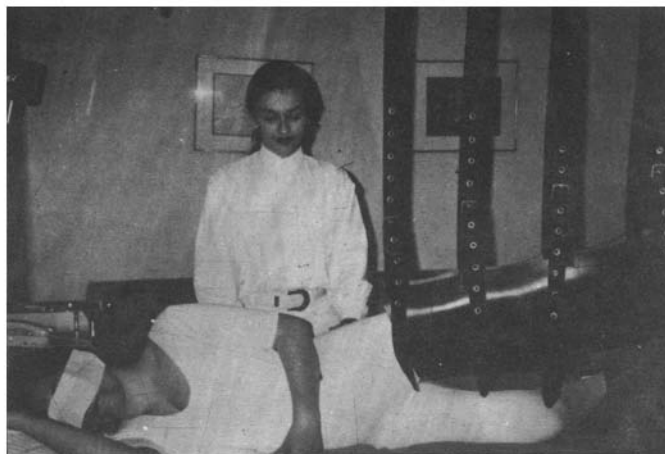
Atualmente, a equipe médica tem demonstrado interesse pelo aparelho indicando-o e prescrevendo seu uso, sendo que a equipe de enfermagem não tem demonstrado dificuldades no seu manuseio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

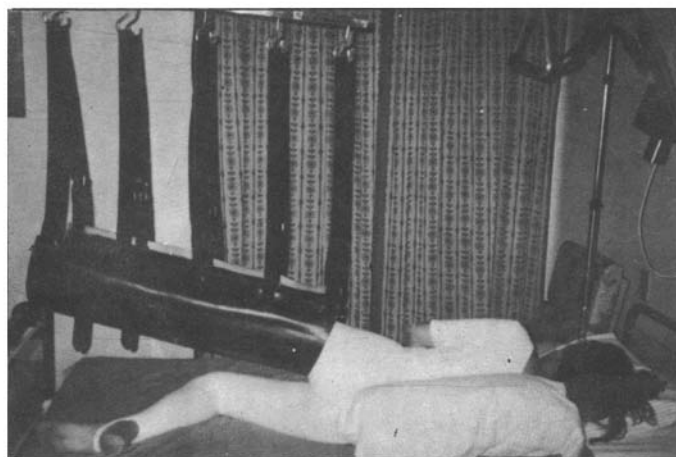
Por prestar assistência direta durante 24 horas, a enfermagem tem condições de estar atenta aos fatores que interferem no bem estar do paciente e, a partir daí, criar formas de amenizar seu sofrimento.

Este trabalho buscou contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem aos pacientes em pós-operatório de P.T.Q.

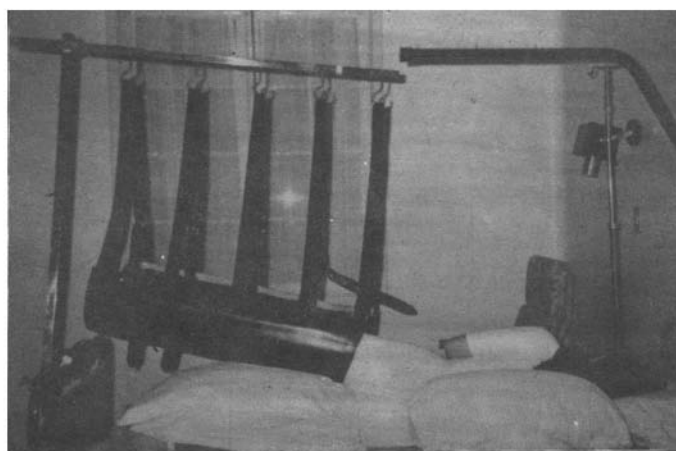
O *Abductor Lateral* promove conforto aos pacientes e auxilia na prevenção de problemas no seu pós-operatório, contribuindo, portanto, na diminuição do tempo de internação. Porém, está sujeito a modificações que venham aprimorar o modelo proposto pelas autoras.



(Figura 10)



(Figura 11)



(Figura 12)

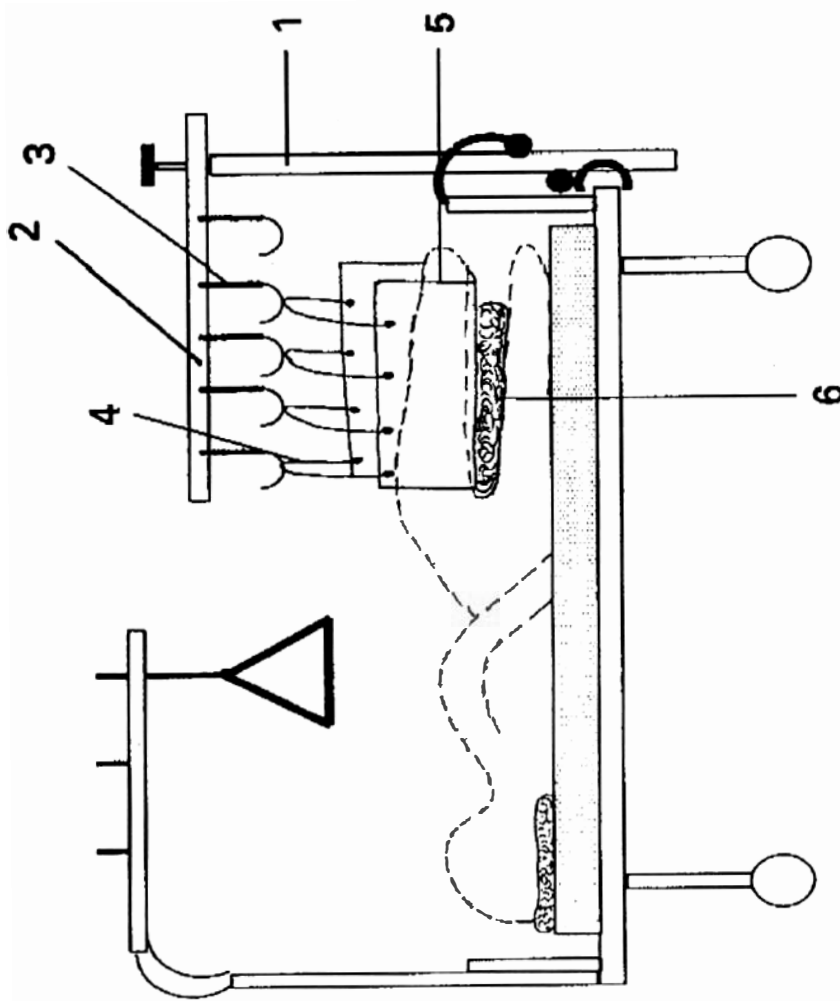
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHARNLEY, J. *Arthroplasty of the hip. A new operation.* Lancet 1, 1961.
2. ———. *Artroplástia de baja fricción.* Barcelona: Salvat Editores, 1980.
3. DONAHOO, C., DIMON, J. *Enfermagem em ortopedia e traumatologia.* São Paulo: EPU - Ed. da Universidade de São Paulo, 1979, p.226.
4. FUTIDA, Y. *Tema de enfermagem ortopédica e traumatológica.* 2 ed. São Paulo: Faculdade de Medicina, Instituto de ortopedia e traumatologia, 1980.
5. JACOB, S., FRANCONI, C., LOSSOW, W. *Anatomia e fisiologia humana.* 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980, p.127.
6. SANFORD, M., FOWLER, C. Positioning the patient with an abductor pillow *Orthop. nurs.* v.8, n.5, p.4-3, 1989.

Recebido para publicação em 4.12.93

ANEXO I

Desenho Esquemático do Abdutor Lateral em Uso



- 1 - Haste Vertical
- 2 - Haste Horizontal
- 3 - Ganchos
- 4 - Tiras de "Nylon"
- 5 - Pemeira de Sustentação
- 6 - Traveseiro Opcional

ANEXO II

Nome:

Registro:

Seção:

Data de internação:

Tipo de prótese:

Data da Cirurgia:

Médico:

Intercorrência:

Sexo:

Leito:

1. Em que posição costuma dormir?
2. Consegue ficar em média na mesma posição quanto tempo?
3. Foi orientado em que posição permanecerá após a cirurgia? Se foi, o que acha disso?