

Estudo Comparativo da Aplicação das Técnicas de Drenagem Postural e Drenagem Linfática Manual nos Edemas de Membros Inferiores em Pacientes Submetidos à Gastroplastia.

Autores

Mariana Silva Piacentini
Fernanda Luisa Geraldo
Daniela Faleiros Bertelli

1. Introdução

Obesidade é um estado metabólico no qual um excesso de gordura é acumulado nos tecidos periféricos, incluindo o tecido adiposo branco, músculo e fígado. A obesidade gera profundas conseqüências sobre a vida de cada indivíduo, causando desde sintomas fisiológicos superficiais até sérias morbidades que podem diminuir a qualidade e a duração da vida. Atualmente é considerada como um importante problema de saúde pública. É uma doença crônica, multifatorial, progressiva, fatal, geneticamente relacionada e caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura e desenvolvimento de outras doenças (co-morbidades).

A obesidade se torna "mórbida" quando atinge o ponto de aumentar, significativamente, o risco do aparecimento de doenças graves relacionadas a ela (também conhecidas como co-morbidades), que resultam em deficiência física significativa. Em geral, o obeso mórbido é aquele que apresenta 50 kg ou mais acima do [peso corporal ideal](#) ou tem um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou superior a 40.

A cirurgia para redução de estômago, a gastroplastia, é uma opção para pessoas com obesidade mórbida que sofrem de patologias associadas a ela que não conseguem perder peso pelos métodos tradicionais, reduzindo as co-morbidades a longo prazo e aumentando assim a expectativa de vida.

Como em toda cirurgia, a cirurgia da obesidade traz consigo algumas características semelhantes à de outras cirurgias e algumas específicas, como por exemplo, toda cirurgia por mais simples que seja, necessita de um tempo de adaptação do organismo, por isso é necessário que haja repouso.

No caso das características específicas o obeso que passou pela cirurgia da obesidade não pode ingerir nada sólido no período pós-operatório imediato, o edema é uma outra característica marcante no pós-operatório imediato deste tipo de procedimento, causado pelo traumatismo que lesa a árvore vascular, ou sua resposta bioquímica a ele. E é neste ponto que se fez necessária a pesquisa, uma vez que através dela podemos avaliar qual a técnica mais eficaz na redução do edema.

2. Objetivos

O objetivo do presente estudo foi comparar o efeito da drenagem postural ou a drenagem linfática manual (técnica de Leduc) no processo de drenagem do edema de membros inferiores formado logo após a realização da cirurgia bariátrica.

3. Desenvolvimento

Foram voluntárias deste estudo 15 mulheres obesas previamente esclarecidas e concordantes sobre os procedimentos, após terem assinado o termo de consentimento elaborado pelas alunas, de idade entre 20 e 50 anos com IMC maior ou igual a 35 admitidas pelo Hospital dos Fornecedores de Cana divididas em 3 grupos: o grupo DP, contendo 5 mulheres que foram submetidas apenas a drenagem postural logo no primeiro dia de pós-operatório; o grupo DLM, contendo 5 mulheres que foram submetidas apenas a drenagem linfática manual (técnica de Leduc) logo no primeiro dia pós-operatório; e o grupo C, contendo 5 mulheres que foram parte do controle.

Foi realizada avaliação fisioterapêutica e como método de comparação do diâmetro dos membros foi realizada a perimetria (utilizando fita métrica, lápis e papel para anotação, que foram fornecidos pelas próprias alunas), uma medida em centímetros do segmento, que foi dividido da seguinte forma: partindo do bordo superior da patela, tanto a coxa quanto a perna foram divididas de 5 em 5 cm bilateralmente.

As pacientes do grupo DP foram submetidas à uma hora de drenagem postural duas vezes ao dia iniciada no primeiro dia de pós-operatório, realizada pela elevação da extremidade distal da cama hospitalar.

As pacientes do grupo DLM foram submetidas à duas sessões de drenagem linfática manual diárias com duração de uma hora cada, iniciadas no primeiro dia de pós-operatório.

Após a realização das duas técnicas foi realizada nova avaliação através da perimetria no terceiro dia de pós-operatório.

Antes de iniciar o estudo, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (novembro/2005), e foi aprovado (fevereiro/2006).

4. Resultados

Inicialmente foi realizada análise exploratória dos dados pelo PROC LAB do programa estatístico SAS, sendo constatado que os mesmos atendiam as pressuposições de uma análise paramétrica. Os dados foram então analisados por meio de análise de variância (ANOVA) para medidas repetidas com o nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas no programa estatístico SAS*.

Para exemplificar como os resultados do grupo controle diferiram em relação aos resultados dos grupos drenagem linfática e drenagem postural citaremos aqui alguns deles: No primeiro ponto bordo superior da patela para o grupo controle no primeiro dia pós operatório a média das medidas foi 54,25 e no dia da alta a média foi 54,05, isto significa que a perda não foi significativa, já no mesmo ponto para o grupo drenagem linfática no primeiro dia pós operatório a média foi 52,00 e no dia da alta a média foi 49,40, perda significativa assim como a perda do grupo drenagem postural que no primeiro dia pós operatório a média foi 48,50 e no dia da alta a média foi 47,40. Em todos os outros pontos as perdas foram exatamente iguais apenas com medidas diferentes, ou seja, no grupo controle a perda das medidas não foi significativa enquanto que no grupo drenagem postural a perda foi significativa assim como no grupo drenagem linfática. Os resultados estão melhores exemplificados na tabela 1.

5. Considerações Finais

Visto os resultados da análise estatística podemos confirmar que tanto a drenagem linfática quanto a drenagem postural são métodos eficazes de drenagem de edema formado após realização da cirurgia de redução de estômago.

Pode-se observar que em todos os pontos analisados a redução das medidas no dia da alta em relação ao primeiro dia pós cirúrgico foi maior no grupo drenagem linfática do que no grupo drenagem postural, mas os dois grupos apresentam perda perimetral em todos os pontos maior do que no grupo controle que não apresentou perda significativa estatisticamente.

A drenagem linfática manual apresentou – se mais eficaz que a drenagem postural devido ao sistema coletor linfático ser estimulado pela massagem que auxilia na drenagem dos líquidos excedentes que banham as

células, mantendo dessa forma, o equilíbrio hídrico nos espaços intersticiais.

A drenagem postural por sua vez não pode ser esquecida pois é através de um método simples a ação da gravidade, que ela age drenando o edema.

As duas técnicas são simples que não acarretam em custo para a equipe hospitalar em geral uma vez que, a drenagem postural pode ser realizada através da elevação dos pés do leito hospitalar até uma angulação que não seja incomoda para o paciente, mas que ao mesmo tempo esteja acima da linha do coração, e a drenagem linfática que por sua vez utiliza apenas a massagem como forma de intervenção, é claro que para que isto ocorra o fisioterapeuta deve ter conhecimento prévio de como funciona a ação da técnica e sua correta aplicação.

concluimos então que a intervenção fisioterapêutica na redução de edema em membros inferiores de pacientes submetidas a cirurgia de redução de estômago é eficaz. Tanto a drenagem linfática manual quanto a drenagem postural apresentaram perdas perimetrais significativas em relação à não intervenção.

Referências Bibliográficas

1. Bray GA. Clinical evaluation of the overweight patients. Up to date 2000;8: 1-5
2. Fisher BL, Barber AE. Gastric bypass procedures. Eur J Gastroenterol Hepatol 1999; 11: 93-7
3. Bray GA. Pathophysiology of obesity. Am J Clin Nutr 1992; 55: 488-94

4. Dymek MP, le Grage D, Neven K, Alverdy J. Quality of life and psychosocial adjustment in patients after Roux-en-Y gastric bypass: a brief report. *Obes Surg* 2001; 11:32-9
5. Brolin RE. Results of obesity surgery. *Gastroenterol Clin North Am* 1987; 16: 317-38.
6. Capella JF, Capella RF. The weight reduction operation of choice: vertical banded gastroplasty or gastric bypass? *Am J Surge* 1996; 171:74-9
7. Capella RF, Capella JF. Reducing early technical complications in gastric bypass surgery. *Obes Surg* 1997; 7: 149-57.
8. Garrido Jr. AB Cirurgia em obesos mórbidos. Experiência pessoal. *Arq Brás Endocrinol Metab* 2000; 44: 106-13
9. BIERMAN, W. Ultrasound in treatment of scars. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, 35:209, 1954.
10. Guirro, R R de J; E C de O. *Fisioterapia Dermato- Funcional*, 3ª , Editora Manole, 2002; 1: 23-32
11. BRAY, GA. The obese patient. Major problems in internal medicine. Vol. IX, WB Saunders Company, Filadélfia, pp.2303-37, 1989
12. Leduc, A. *Drenagem linfática*, 2a, Editora manole, 2000; 5:26-33
13. <http://boasaude.uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=4664&ReturnCatID=667>
14. Ministério da Saúde. In: Prevalência da obesidade no Brasil. [on line]. [citado 2003 5 jan]. Disponível em [URL:http://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
15. <http://obesidademorbida.med.br>

16. Julia Fandiño; Alexander K. Benchimol; Walmir F. Coutinho; José C. Appolinário. Cirurgia bariátrica: aspectos clínico-cirúrgicos e psiquiátricos. Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA) do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE/RJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil
17. Organização Mundial de Saúde. In: Mancini m Métodos de avaliação de obesidade e alguns dados epidemiológicos. [on line]. [citado 2003 mai 25]. Disponível em [URL:http://www.abeso.org.br](http://www.abeso.org.br)
18. Vanessa C. F. Bacelar; Claudia M. B. Pinheiro; Paula Montagna, André L. A. Bacelar. Importância da crioterapia na lipólise. Fisioterapia Brasil. V. 6. n. 2. p. 151-6. março/abril 2005
19. Coimbra IB, Pastor EH, Greve JMD, Puccinelli MLC, Fuller R, Cavalcanti FS, Maciel FMB, Honda E. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. Rev. Bras. Reumatologia. v. 44. n. 6. p. 450-3. nov/dez.. 2004
20. Eletícia da Silva Morgado. Monografia apresentada para a aquisição da graduação, ESEHA, Niterói, 1º semestre 2001
21. Jean Claude Ferrandez. Reeducação Vascular nos Edemas dos Membros Inferiores,1ª, Editora Manole, 2001; 7:149-155

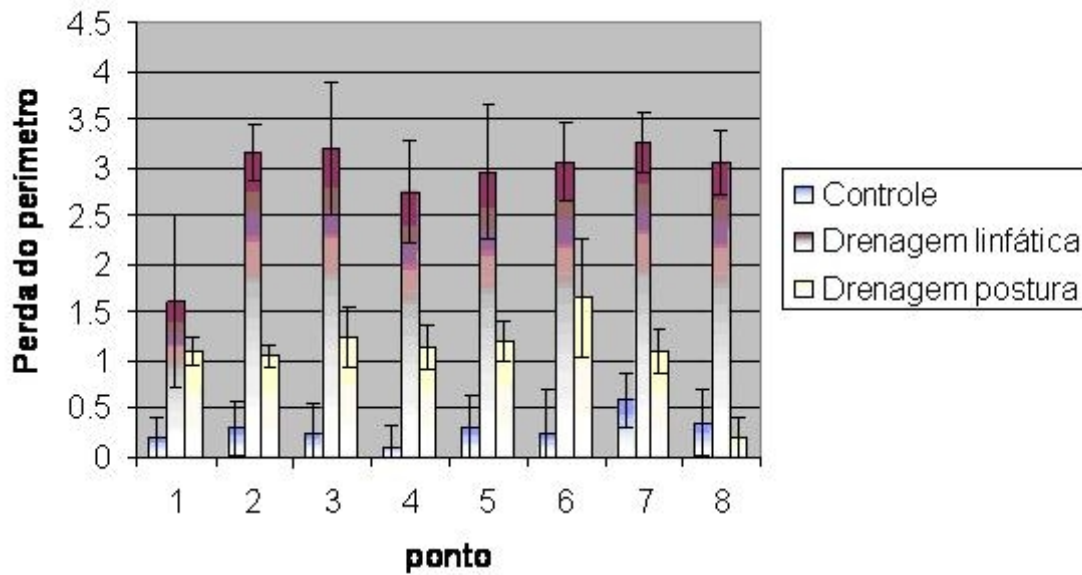


Gráfico 1. Perda de perímetro (dia da alta-1º dia), média e desvio padrão, em função dos grupos e do ponto (ponto 1=Bordo superior da patela; ponto2=5 cm acima do bordo superior da patela; ponto3=10 cm acima do bordo superior da patela; ponto4=15 cm acima do bordo superior da patela; ponto 5=bordo inferior da patela; ponto6=5 cm abaixo do bordo inferior da patela; ponto7=10 cm abaixo do bordo inferior da patela; ponto8=15 cm abaixo do bordo superior da patela).