



6º Simposio de Ensino de Graduação

A INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NA FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO FÊMUR

Autor(es)

CAROLINE CORRER

Co-Autor(es)

BRUNA LAUDISSI RAMOS

Orientador(es)

MARÍLIA MANTOVANI SAMPAIO BARROS

1. Introdução

Segundo CUNHA e VEADO (2006) a fratura da extremidade proximal do fêmur (FPF) é causa importante de morbidade e mortalidade em idosos, responsabilizando-se por grande parte das cirurgias e ocupação de leitos em enfermarias ortopédicas. A incidência deste tipo de fratura aumenta com a idade, devido principalmente ao aumento do número de quedas, associado a uma maior prevalência de osteoporose (OP). Comumente é relacionado aos idosos do sexo feminino, morador de centros urbanos e institucionalizados (SAKAKI, 2004).

A OP que significa “osso poroso” é a doença óssea de maior prevalência na população geriátrica (KAUFFMAN, 2001). É considerado um problema de saúde pública, não só a incidência aumenta com a idade, como também sua gravidade e as complicações, que comprometem a capacidade funcional do idoso. O aumento da mortalidade, morbidade pela OP e subsequente fratura, estão associados a custos econômicos significativos, relacionados à hospitalização, cuidados ambulatoriais, institucionalização, incapacidades permanentes e mortes prematuras (FREITAS, 2006).

Os desafios para os profissionais de saúde estão na identificação dos fatores de risco, na educação dos pacientes e na intervenção pró-ativa ao longo de toda a vida, prática ainda timidamente desenvolvida em nosso meio. Para o médico, é importante diagnosticar precocemente a osteopenia, fase anterior à OP, por se manifestar de forma assintomática clinicamente, até que ocorra a primeira fratura. Auxilia no diagnóstico a densitometria óssea (DO), método não invasivo, de rápida execução, não oneroso, de grande valia. Apesar de nem todas as causas etiológicas estarem esclarecidas, muitos fatores de risco são conhecidos, permitindo aos profissionais de saúde atuarem precocemente desde a orientação, prevenção e reabilitação (FREITAS et al, 2006).

2. Objetivos

O objetivo foi realizar uma revisão bibliográfica da fratura do colo do fêmur, enfocando a osteoporose como a principal etiologia, bem como pesquisar os recursos da fisioterapia na prevenção primária, nas modalidades de tratamento e de reabilitação.

3. Desenvolvimento

As pesquisas buscaram avaliar a produção científica na área de conhecimento das FPF, que acometem as pessoas idosas. Alguns exemplos de palavras-chave para tal pesquisa foram baseados em: alterações do envelhecimento fisiológico; FPF e fatores relacionados; densidade mineral óssea, OP e fisioterapia. Foi realizado um levantamento bibliográfico no período de 2000 a 2008, o qual permitiu acessar dados e diversas referências sobre o assunto. Como complementação, foram acessadas bases de dados da Biblioteca Cochrane (<http://www.cochrane.bireme.br>); Bireme (<http://www.bireme.br>); Free Medical Journal (<http://www.freemedicaljournals.com>); Portal de Periódicos Capes (<http://www.periodicos.capes.gov.br>); PubMed (<http://www.pubmedcentral.nih.gov>); Revista Brasileira de Fisioterapia (<http://www.ufscar.br/rbfisio>); Scielo (<http://www.scielo.br>).

4. Resultado e Discussão

Nos últimos anos, devido aos avanços da medicina, da indústria alimentícia e das melhores condições sociais há aumento na expectativa de vida. Sabe-se que 45% das pessoas com mais de 65 anos apresentam alguma limitação no desempenho das atividades de vida diária. Naqueles com mais de 85 anos, esse percentual sobe para 60%. A maioria das FPF na terceira idade, que ocorre devido às alterações fisiológicas diversas, acaba por ocasionar quedas (CANDELORO e SILVA apud REBELLO, 2006).

O Brasil acompanha essa tendência mundial, apresenta um aumento significativo da população de idosos, tendo como conseqüências, o aumento de acidentes, resultando em quedas. A população de idosos brasileiros passou de 6,1% em 1980 para 7,3% em 1991, devendo atingir 10% em 2010. Nota-se uma maior freqüência de quedas em idosos do sexo feminino, sendo apontadas algumas causas para esse comportamento, como maior fragilidade do sistema músculo-esquelético neste sexo em relação ao masculino, maior prevalência entre as mulheres de doenças crônicas, como a OP, e maior exposição às tarefas domésticas, dentre outras causas (AMADO e RIBEIRO apud REBELLO, 2006). Em um trabalho prospectivo FRANSEN et al (apud SAKAKI, 2004) encontraram que o sexo masculino foi considerado fator predisponente à maior mortalidade. Algumas hipóteses são levantadas para explicar tal fato: a queda do homem é mais traumática que a da mulher, este apresenta maior número de patologias associadas ou deficiência cognitiva mais grave. No homem há uma perda de massa óssea de aproximadamente 0,3% ao ano, já nas mulheres essa perda atinge 1% ao ano, acentuando-se no período após a menopausa.

De acordo com HOPPENFELD, S.; MURTHY, V.L. (2001) a fratura de colo de fêmur é a fratura que ocorre proximalmente à linha intertrocantérica, na região intracapsular do quadril, podendo ser classificada como:

- Tipo I de Garden: fratura incompleta, impactada do colo femoral, em posição valga. Todas as fraturas do colo femoral são intracapsulares;
- Tipo II de Garden: fratura completa e sem deslocamento;
- Tipo III de Garden: fratura com deslocamento, em posição vara, onde freqüentemente ocorre ruptura da cápsula articular;
- Tipo IV de Garden: fratura completamente deslocada. Esta fratura tem o pior prognóstico. A cabeça femoral pode evoluir para necrose avascular.

DELEE (apud FRÉZ, 2003) classifica as FPF baseando-se nas características da fratura, isto é, pela localização anatômica, pelo ângulo e tipo de desvio.

Com relação à etiologia, cerca de 90% das FPF são secundárias às quedas, cuja etiologia é usualmente multifatorial, consistindo em uma combinação de co-morbidades clínicas, neuropsíquicas, uso de drogas e fatores ambientais. Não existe consenso sobre a influência do tempo, com relação à mortalidade, para a realização da cirurgia após a fratura (SAKAKI et al, 2004). A OP é uma doença sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e deterioração da micro-arquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica, com conseqüente predisposição a fraturas com trauma mínimo, atingindo a todos, em especial as mulheres,

após a menopausa (CARVALHO et al, 2004).

A prevenção é a melhor forma de se evitar números tão alarmantes. Diversos estudos tentam identificar os fatores de risco para FPF. Tipo de queda, biótipo corporal, acuidade visual, hábitos alimentares, práticas esportivas, uso de medicações que alteram a vigília, status neurológico e resistência óssea são fatores freqüentemente relacionados à ocorrência dessas fraturas (GIORDANO et al, 2007). Porém, apesar de medidas profiláticas como prevenção de quedas, tratamento precoce da OP, as FPF no idoso continuam freqüentes (SAKAKI et al, 2004).

Vários estudos vêm comprovando os efeitos benéficos trazidos pela prática regular de exercícios físicos por indivíduos com OP. Está bem estabelecido que um programa de atividade física, adequado para os indivíduos com OP, resulta em uma melhora da capacidade funcional (BINDER apud AVEIRO, 2005); ganho ou manutenção de massa óssea, melhora na força muscular (NELSON apud AVEIRO, 2005), aumento da capacidade aeróbia e coordenação (POLLOCK apud AVEIRO, 2005) melhora na flexibilidade (MITCHELL apud AVEIRO, 2005), diminuição da dor (MALMIROS apud AVEIRO, 2005), diminuição do uso de analgésico (MALMIROS apud AVEIRO, 2005), melhora das atividades de vida diária (AVD) e da qualidade de vida (MALMIROS apud AVEIRO, 2005). Exercícios melhoram consideravelmente a funcionalidade, permitem maior independência, melhoram o condicionamento cardiorespiratório, equilíbrio, força e também aumentam o bem-estar dos idosos. As atividades físicas permitem uma redução das quedas pelo acréscimo da segurança e confiança, bem como pelo aumento da percepção e manutenção dos mecanismos de proteção e equilíbrio corporal.

O tecido ósseo é uma estrutura dinâmica que sofre alterações devido à sobrecarga mecânica imposta no dia-a-dia. Uma das formas de sobrecarga é realizada pelo estresse mecânico dos exercícios, que pode promover um incremento na densidade óssea (MATSUDO apud AVEIRO, 2005). O efeito benéfico do exercício sobre a densidade óssea pode ser explicado pelo efeito piezelétrico, pois, no momento da compressão do osso ocorre o surgimento de cargas negativas no local da compressão e cargas positivas em outras áreas. As cargas negativas estimulam as células formadoras de osso (osteoblastos). Para ocorrer adaptação e o osso tornar-se mais forte, a pressão deve ser além dos níveis normais (NIEMAN apud AVEIRO, 2005). Deve-se ressaltar a lei de Wolf, que significa que os ossos se fortalecem de acordo com a maneira e as regiões que são mais estimuladas (NUNES apud AVEIRO, 2005). Um treinamento de resistência de alta intensidade tem um efeito de proteção na densidade mineral óssea do colo femoral e coluna lombar, como também promovem aumento da massa muscular, força, equilíbrio dinâmico. Níveis de atividade física global em mulheres na fase da pós-menopausa, tem capacidade clínica para prevenir fraturas osteoporóticas, por minimizar vários fatores de risco (NELSON et al apud AVEIRO, 2005). Como as principais morbidades após as fraturas osteopênicas são a dor e o comprometimento funcional, é de se prever que o papel da fisioterapia no tratamento dos pacientes com OP e FCF seja significativo. A implementação de um programa de exercícios e de condicionamento físico para aumentar a força muscular, a resistência e o equilíbrio são benéficos na maioria dos estágios da doença, diminuindo o risco de quedas e ajudando na manutenção da mobilidade e da função (KAUFFMAN, 2001). À medida que a dor desaparece, os pacientes podem começar a praticar exercícios personalizados. Programas de fortalecimento generalizado auxiliarão na coordenação motora e devem ajudar na prevenção de quedas. Um programa em longo prazo de atividade física também deve incluir exercícios aeróbicos e de uso de carga. A avaliação do equilíbrio e a prescrição de exercícios específicos para o treinamento são importantes, sobretudo para as vítimas de queda (KAUFFMAN, 2001). Além da prática de exercícios e da modificação do estilo de vida, as medidas físicas também podem ser utilizadas para diminuir a dose necessária do medicamento contra a dor. As alternativas para os narcóticos podem incluir a terapia com calor e frio, estimulação elétrica transcutânea (TENS) e órteses. Estes agentes não apenas diminuem a dependência da medicação contra a dor, mas também diminuem o risco de queda através da eliminação dos efeitos colaterais que a medicação analgésica exerce no sistema nervoso central (KAUFFMAN, 2001).

A atividade física é capaz e necessária para melhorar a capacidade física de idosos e de mulheres com OP. No entanto, é necessário estabelecer um programa de treinamento específico para cada objetivo, já que qualquer melhora alcançada é estritamente relacionada com o tipo, intensidade e freqüência do treinamento realizado (AVEIRO, 2005).

5. Considerações Finais

O aumento de idosos no Brasil leva a uma maior preocupação dos profissionais da saúde quanto à manutenção da qualidade de vida e longevidade dos mesmos, apesar deste aumento ainda ser distante dos valores revelados por países europeus e norte americano. Entre os problemas que vêm juntamente com o aumento da idade estão as fraturas, em especial as femorais, principalmente associada à OP, que apresentam uma incidência elevada. Nos idosos as FPF ocorrem por mecanismo de baixa intensidade, como uma simples queda. Analisando a alta incidência dos casos, é coerente pensar inicialmente em prevenção da OP, como das quedas e das FPF, conseqüentemente.

Os fisioterapeutas devem adotar uma abordagem de intervenção ativa na prevenção e reabilitação, porque são poucas as pesquisas que chegaram a ser publicadas sobre o tratamento. A maioria delas não nos ajuda na escolha de medidas terapêuticas específicas para estes pacientes. Deve-se atentar quanto à importância da prevenção de quedas na terceira idade, uma vez que representa a principal causa de FPF nesta população, refletindo no comprometimento da independência, funcionalidade, longevidade e qualidade de vida dos mesmos.

Referências Bibliográficas

AVEIRO, M.C. Influência de um programa de atividade física sobre o torque muscular, o equilíbrio, a velocidade da marcha e a qualidade de vida de mulheres portadoras de osteoporose. São Carlos, 2005. 118p.

CARVALHO, C.M.R.G.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA, J.I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30jun2008.

CUNHA, U.; VEADO, M.A.C. Fratura da extremidade proximal do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. Revista Brasileira de Ortopedia, Minas Gerais, v. 41, n. 6, p. 195-199, 2006.

FREITAS, E.V.; et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2006, p. 798-814.

FRÉZ, A.R. Fraturas do fêmur em pacientes idosos: estudo epidemiológico. Cascavel, 2003. 76p.

GIORDANO, V. et al. Estudo radiográfico da extremidade proximal do fêmur para avaliação do risco de fratura osteoporótica. Revista Brasileira de Ortopedia, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 88-96, 2007.

HOPPENFELD, S.; MURTHY, V.L. Tratamento e reabilitação de fraturas. São Paulo: Manole, 2001, p. 257-272.

KAUFFMAN, T.L. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2001, p. 68-71.

RADOMINSKI SC et al. Osteoporose em mulheres na pós-menopausa. Rev. Bras. Reumatol., v.44, n. 6, p.426-34, 2004.

REBELLO, B.V. Resultados da intervenção fisioterapêutica em idosa acometida por fratura do colo do fêmur. 2006. Disponível em: <<http://www.fisioterapeutasonline.com>>. Acesso em: 21nov2007.

SAKAKI, M.H.; et al. Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. Revista Brasileira de Ortopedia. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 242-249, 2004.

