

editorial Prótese Total do Joelho



Embora toda a terapêutica e recomendações médicas sejam no sentido de diminuir ou retardar esse prognóstico, por vezes, os danos nas articulações requerem intervenção cirúrgica ortopédica para melhorar a qualidade de vida dos doentes. A destruição progressiva das articulações, com consequente perda de funcionalidade e aumento da dor, pode acontecer, por exemplo, na osteoartrose do joelho ou quando este é afetado por artrite reumatoide. Pode estar nas suas mãos evitar chegar a esse ponto: pergunte ao seu médico o que pode fazer.

Segundo os dados estatísticos disponibilizados no Registo Português de Artroplastias da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia¹, entre 2015 e 2017 realizaram-se perto de 8.500 artroplastias do joelho em Portugal.

A decisão de realizar uma artroplastia ou prótese total do joelho deve ser acompanhada de um conjunto de informações que permita ao doente ter a noção do impacto da cirurgia na sua vida. O consentimento

informado não aborda forçosamente questões como o planeamento da vida no domicílio e os apoios necessários ao período de recuperação. Mas sabemos que a gestão das expectativas e das frustrações são essenciais à proatividade dos doentes na promoção da sua saúde.

A vida normal não se retoma: recomeça-se. Inicia-se um novo ciclo de aprendizagem, de adaptação e de novas rotinas. Reaprende-se a andar, a correr, a mover, a viver. Tudo será diferente – joelho novo, vida nova – e depende essencialmente de si (e da sua rede de apoio) para o sucesso.

Esta edição do LPCDR Info pretende contribuir com informação, alguns conselhos e sugestões facilitadoras desse processo, no qual deverá ser envolvida uma vasta equipa de profissionais de saúde e, sobretudo, o doente e os seus cuidadores. Que a todos possa ser útil. ❖

Elsa Mateus
Presidente da Direção da LPCDR

destaque

saúde

- Próteses do joelho – o tratamento da artrose na fase final
Dr. Pedro Pessoa 4-5
- Prepare-se para a cirurgia 8
- Recomendações após cirurgia artroplástica do joelho 9
- Prótese Total do Joelho na Artrite Reumatoide. Importância da Fisioterapia
Fisioterapeuta Maria Casimira Pereira 11-13

¹ Consultado a 26 de julho de 2017 em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Hospitals.aspx>

Parcerias e Protocolos



Para mais informações, consulte <http://www.lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos> ou contacte-nos de 2.ª a 6.ª feira, entre as 14h e as 18h (21 364 87 76 - 92 560 99 37 - lpcdr@lpcdr.org.pt).

Se desejar associar-se, consulte e preencha o formulário em <http://lpcdr.org.pt/associados/faca-se-socio>.

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Rua Quinta do Loureiro, 13 - Loja 2, 1350-410 Lisboa

Secretaria (2.ª a 6.ª feira - 14h00/18h00) - 21 364 87 76 - 92 560 99 37 • lpcdr@lpcdr.org.pt

Direção: 92 560 99 19 | direccao@lpcdr.org.pt • Apoio ao Doente: 92 560 99 40 - voluntariado@lpcdr.org.pt

IBAN: PT50 003600039910004954744 • NIPC: 501684107

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas • Website: <http://www.lpcdr.org.pt>



ojoelhodoi.pt

[Sobre o joelho](#) [Sente dor?](#) [Podemos ajudar](#) [Saiba mais](#)

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas



Sabia que 3 em cada 10 portugueses têm problemas nas articulações e não sabem?

Em 2017 os portugueses visitaram

www.ojoelhodoi.pt

e ficaram a saber mais.

E você?

Em 2017 atingimos ...

+160.000
visitas ao site

+510.000
páginas visitadas

+72.000
visitas ao questionário
“Sente Dor?”



Dr. Pedro Pessoa*

Próteses do joelho

O tratamento da artrose na fase final

A artrose ou osteoartrose é uma doença caracterizada por alterações degenerativas da cartilagem articular e afeta, principalmente, as articulações de carga, que suportam o peso do corpo, nomeadamente os joelhos. A cartilagem é dos poucos tecidos do nosso organismo em que não existe um processo natural de autorreparação.

A artrose afeta cerca de 80% das pessoas com mais de 60 anos e é uma das doenças mais frequentes do nosso planeta, existindo em Portugal cerca de um milhão de doentes. Atinge predominantemente o sexo feminino e as queixas principais são a dor e a rigidez articular. Com o decorrer da evolução da artrose, aparecem deformidades nas articulações afetadas. Na população em geral, a prevenção é importante pelo que devemos privilegiar o controlo do peso e promover uma atividade física regular.

Como tratamento conservador e na fase inicial da artrose, podemos recorrer aos anti-inflamatórios, fisioterapia, descarga do peso com ortótese e/ou canadianas, infiltração com corticoide, mesoterapia e/ou viscosuplementação com ácido hialurónico. Este funciona como um óleo lubrificante que protege a articulação. É uma substância que existe na cartilagem e no líquido sinovial. Na sua forma farmacêutica, apresenta-se como um líquido de alto peso molecular, muito espesso, que é injetado na articulação.



* Médico Ortopedista – especialista em Traumatologia Desportiva, Joelho e Cirurgia Artroscópica.

Exemplo de ortótese, retirado de Ortopedia Universo Sénior (<https://www.universosenior.com/>)

Quando se esgotam todas as alternativas do tratamento conservador, a cirurgia será a opção natural para tentarmos melhorar a qualidade de vida do nosso doente.

As próteses (artroplastias) são cada vez mais evoluídas, mais anatómicas e com maior durabilidade. A população alvo com necessidade deste tipo de intervenção é cada vez mais jovem (1) e prevê-se um aumento exponencial do número de artroplastias a realizar num futuro próximo (2).

No entanto, a satisfação dos doentes é o ponto mais importante. Existem inúmeros artigos que revelam que os cirurgiões estão mais contentes com os resultados do que os doentes (3,4,5).

Aos clássicos objetivos das próteses – alívio da dor e melhoria da função –, tivemos de juntar a satisfação dos doentes que pretendem próteses que os aproximem da sensação e função de um joelho saudável. Para isso, além de termos de desenvolver próteses cada vez mais anatómicas, temos de lidar com outro e não menos importante assunto: a gestão das expectativas do doente.

Na verdade, existem diferenças entre o que um doente com prótese pode fazer (6). O agachamento, por exemplo, é possível sem dificuldade num limitado número de pessoas com prótese do joelho. Um doente com prótese pode nadar, andar de bicicleta ou jogar ténis a pares, mas não deve correr ou jogar desportos de contacto.

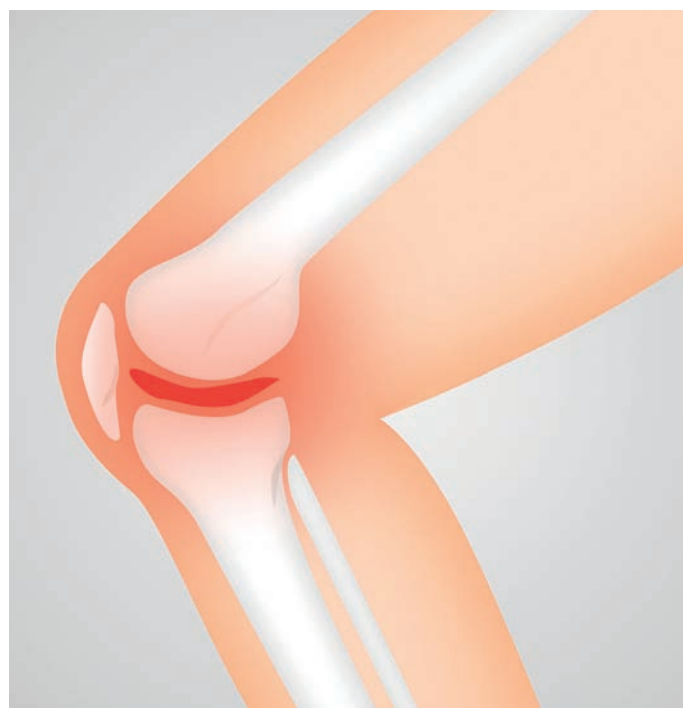
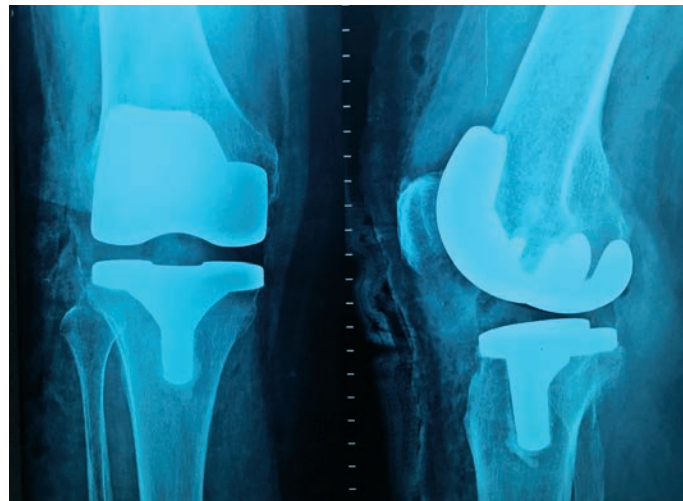
A cinemática das próteses tem impacto direto na performance das mesmas. Com cinemáticas diferentes e mais naturais, com implantes com designs mais anatómicos, podemos alcançar o objetivo de melhorar a satisfação dos doentes.

Atualmente existem próteses com meniscos assimétricos, trócleas e componentes patelares mais anatómicos, que tentam reproduzir a cinemática do joelho normal (*guided motion implants*); desenvolveram-se próteses feitas por medida, avaliada por Ressonância Magnética ou Tomografia Axial Computadorizada (TAC); desenvolveram-se materiais, como o oxiníum, com menos reação inflamatória pós-operatória, que permitem uma reabilitação mais rápida, melhores resultados e uma duração que pode atingir os 30 anos.

Finalmente, do ponto de vista da técnica cirúrgica, esta continua a ser muito exigente, mas têm sido desenvolvidos dispositivos cada vez mais evoluídos para auxílio do cirurgião. Podemos recorrer a sensores de precisão para avaliação do balanço ligamentar ou à cirurgia computadorizada assistida para a precisão dos cortes.

As próteses de alta performance podem levantar outras questões que até agora não tinham sido consideradas, mas que necessitam de continuar a ser monitorizadas.

Um doente submetido a uma artroplastia do joelho fica internado em média 5 dias, inicia levante e fisioterapia às 24/48h e abandona as canadianas ao final de um mês. ♦



Referências

- 1 – American College of Rheumatology via Medtech Insight: *Knee OA: Growing Demand for Non-surgical Options*, 2011.
- 2 – Kurtz S, Ong K, Lau E, et al. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89: 780-5.
- 3 – Bullens et al. Patients satisfaction after total knee arthroplasty: a comparison between subjective and objective outcome assessments. *J. Arthroplasty*. 2001.
- 4 – Dickstein et al. Total knee arthroplasty in the elderly: patients self-appraisal 6 and 12 months postoperatively. *Gerontology*. 1998; 44(4):204-10.
- 5 – Robert B. Bourne MD et al. Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty: Who is Satisfied and Who is Not? *Symposium: CORR Vol 468(1) Oct 2009*.
- 6 – Noble et al. Does TKR restore total knee function? *CORR (431):157-65.2005*.

Prótese do Joelho – Quando fazer, quando não fazer¹

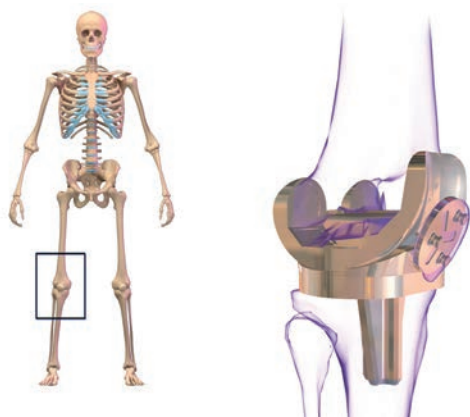
Para tratar as dores e melhorar a capacidade funcional da articulação, de modo a poder retomar a atividade e ganhar alguma qualidade de vida, é frequentemente proposto um tratamento cirúrgico chamado artroplastia. Uma artroplastia é a substituição duma articulação doente por uma prótese.

Condições fundamentais:

- Interferência da doença articular do joelho na qualidade de vida.
- Motivação do doente e família para assumir o pós-operatório.

Indicações para cirurgia:

- Artropatia destrutiva
- Disfunção articular
- Dor (incontrolável com medicação)
- Défice funcional por artrose



Contraindicações

Relativas	Absolutas
Pouca idade Obesidade	Isquemia do miocárdio Insuficiência respiratória Infecção ativa Neuropatia

¹ Fonte: Secção de Informação ao Doente disponível no Registo Português de Artroplastias da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Joelho.aspx>, consultada a 15 de janeiro de 2018.



CC BY 3.0, <https://en.wikipedia.org/w/index.php?curid=17923328>

BruceBlaus – Own work, CC BY-SA 4.0,
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=44967235>

Realização de uma artroplastia total do joelho (ATJ ou PTJ)

O que se faz durante a cirurgia é a substituição da extremidade do fémur, da rótula e da extremidade da tíbia por três peças (próteses) que se articulam entre si. As próteses podem ser feitas em múltiplos materiais, utilizando-se, entre outros, cromo-cobalto, titânio, polietileno e cerâmicas. As próteses podem ser fixadas ao osso, utilizando-se cimento acrílico, como se faz em leitos ósseos de menor qualidade, obtendo-se uma fixação primária otimizada, ou apostando na qualidade do osso, colhendo fixação primária de adaptação das próteses ao leito ósseo e secundária da interação da superfície da prótese com o osso, que ocorre mais tardiamente.



Stuart Paton/Thomas Tolstrup/Tetra Images/Howard Sokol/David Engelhardt,
em <https://www.webmd.com/osteoarthritis/ss/slideshow-knee-replacement>

O tempo para a realização da cirurgia é de cerca de hora e meia. A técnica anestésica mais utilizada é a raqui ou a epidural, podendo eventualmente ser adotada outra pela equipa de anestesiologia. Após a cirurgia, o tempo de internamento é de cerca de 3 a 5 dias. A decisão de alta depende da evolução do doente no programa de recuperação pós-operatório, pretendendo-se uma extensão/flexão de 0°/80° e capacidade para a colaboração nas tarefas da vida diária. O levante é recomendado desde o primeiro dia de pós-operatório sendo a percentagem de carga autorizada caso a caso. É imprescindível a motivação do doente e o seu empenho no sucesso da cirurgia. Estudos realizados revelam que os melhores resultados se obtêm em doentes em que a doença do joelho interfere de forma decisiva com a qualidade de vida. ❖



Complicações das PTJ²

Infeção:

Pode ocorrer em 2% dos casos. Casos graves só se conseguem tratar retirando a prótese e fixando o joelho (artrodese). Em casos muito graves, pode ter de se proceder à amputação do membro porque as infeções podem ser fatais. São fatores de risco acrescido: cirurgias prévias do joelho, infeção local antiga, tabagismo, obesidade, diabetes e focos infecciosos potenciais não tratados (dentes, infeções urinárias, úlceras crónicas).

Complicações cutâneas:

São fatores de risco acrescido: cirurgia prévia do joelho, corticoterapias, diabetes, artrite reumatoide, obesidade, idade avançada, tabagismo.

Dor femuro-patelar:

Dura habitualmente dos 6 a 12 meses. São fatores de risco acrescido: obesidade, cirurgia prévia do joelho, doentes mais jovens, atividade excessiva.

Rigidez articular:

Complicação que tem relação com a falta de atividade desenvolvida na recuperação no pós-operatório precoce.

Doença tromboembólica:

Pode ocorrer em 50% dos casos na ausência de prevenção. A fatalidade da sua forma mais grave e embolia pulmonar (1 a 6%) justifica a adoção das medidas preventivas como a administração de anticoagulantes ou outras como o levante precoce, a marcha com apoio e os períodos de repouso com os pés elevados. São fatores de risco acrescido: varizes, desidratação, sexo feminino, antecedentes de flebites. ❖

² Adaptado de: Secção de informação ao Doente disponível no Registo Português de Artroplastias da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Joelho.aspx>, consultada a 15 de janeiro de 2018.

Prepare-se para a cirurgia³

Procure alguém para lhe dar uma ajuda em casa, durante parte do dia, pelo menos nas duas primeiras semanas após a cirurgia. Se tiver necessidades especiais de cuidados domiciliários ou de equipamento quando regressar para casa após a cirurgia, procure descobrir antecipadamente o que é necessário.

Conheça os seus direitos, a documentação e processos implicados. Caso tenha seguros, cujas coberturas se possam aplicar nestas situações, fale com a sua seguradora.

Informe a equipa cirúrgica de alterações no seu estado de saúde que ocorrerem na semana anterior à cirurgia: cortes ou feridas na perna afetada, ou sinais de uma infeção, como calafrios, febre, tosse ou corrimento nasal.

Descanse e relaxe, a bem da sua saúde física e mental. Planeie atividades agradáveis para relaxar a mente e animar o seu espírito.

Prepare refeições fáceis de servir e congele. Armazene o que puder, evitando a necessidade de fazer compras ou de cozinhar.

Se o seu quarto for no andar de cima, prepare um quarto temporário no andar de baixo até que possa subir e descer as escadas.

A sua nova articulação no joelho afetará onde e como se senta e se levanta. Confira os seus lugares de estar preferidos: pode precisar de colocar uma almofada na sua cadeira favorita. Cadeiras com braços ajudam a levantar-se e a apoiar-se em pé.

Poderá precisar de ajudas técnicas para se vestir e para a sua higiene pessoal: alteador de sanita, assento de banheira/duche para a sua casa de banho, esponjas com cabo, calçador de meias, calçadeira de cabo longo. Aconselhe-se com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. A LPCDR tem protocolo com algumas lojas de produtos ortopédicos, com descontos para os nossos associados, e temos algumas ajudas técnicas para empréstimo.

Procure calçado prático fácil de calçar, sapatos com solas antiderrapantes, saltos baixos e fechados.

Prepare a sua família para a prevenção de quedas: use canadianas, andarrilho ou bengala, conforme recomendado; apoie-se em corrimões; mantenha os quartos bem iluminados. Cuidado com fios elétricos no seu caminho, piso escorregadio, tapetes e carpetes soltos, brinquedos e outros obstáculos no chão. E não se esqueça: crianças e animais de estimação podem provocar-lhe perda de equilíbrio e atravessar-se no seu caminho.

Evite a frustração nas suas tarefas diárias: lembre-se que é apenas temporário!



Banco para banho, Universo Sénior
(<http://www.universosenior.com>)



Alteador de sanita, Ortopedia Luapharma
(<http://www.ortopedia.pt/>)



Auxiliar para calçar meias, OrtoRestelo – Espaço Ortopédico (<http://www.ortorestelo.pt/>),
Sem Obstáculos (<http://www.semobstaculos.pt/>)

Antes da operação

Minimize as suas preocupações e prepare a sua recuperação.

Peça e siga os conselhos da equipa de saúde sobre:

- Alterações que deva fazer na sua dieta.
- Exercícios que deve começar, parar ou continuar (fale com um fisioterapeuta).
- Esclareça a sua medicação: pode haver medicamentos que deva começar, parar ou continuar a tomar. Indique ao seu cirurgião e ao anestesiologista todos os medicamentos que toma regular ou ocasionalmente, incluindo medicamentos prescritos, sem receita médica e produtos naturais. ❖

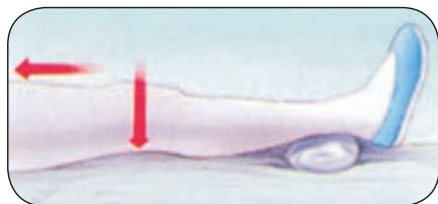


³ Adaptado de «Knee Replacement – Getting Ready for Surgery», por Cindy Schmidler, disponível em <https://www.healthpages.org/surgical-care/knee-replacement-getting-ready-surgery/>

Recomendações após cirurgia artroplástica do joelho⁴

Consulte os exercícios recomendados abaixo, que ajudarão a melhorar a circulação de retorno do membro operado, acelerando o processo de recuperação. Deve fazê-los em casa, durante 20 a 30 minutos, 2 a 3 vezes por dia. A seguir aos exercícios, deve fazer aplicação de gelo no joelho.

1. Estiramento do joelho



Colocando uma toalha dobrada debaixo do tornozelo, estenda completamente o joelho tentando tocar com a parte de baixo do joelho na cama, obtendo a extensão completa. Pode utilizar o peso do saco de gelo ou de ervilhas congeladas para ajudar neste exercício.

3. Contrações do quadríceps



Deite-se de barriga para baixo e coloque uma toalha enrolada debaixo do tornozelo. Empurre o tornozelo contra a toalha. Estique o mais possível a perna. Contraia 5 segundos e relaxe de seguida, repetindo 10 vezes.

2. Contrações dos músculos da parte posterior da coxa (isquiotibiais)



Deite-se com os joelhos dobrados a 10 graus e empurre o calcanhar contraindo os músculos posteriores da coxa. Não mexa os pés. Contraia durante 5 segundos e relaxe de seguida, repetindo 10 vezes.

4. Levantar a perna esticada – deitado



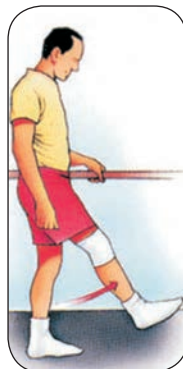
Deite-se de costas, esticando a perna operada e dobrando a outra. Levante a perna operada 15 cm e aguarde 5 segundos nesta posição. De seguida, levante mais 15 cm e aguarde mais 5 segundos. Inverta o procedimento até à posição inicial, repetindo 10 vezes.

5. Contrações dos músculos da nádega (glúteos)



Deite-se de costas e contraia os músculos da nádega, mantendo a contração forte durante 5 segundos. Repita o exercício 10 vezes.

6. Levantar a perna esticada – em pé



Arranje um apoio estável para manter o equilíbrio. De seguida, mantendo a perna esticada, levante-a 30 cm do chão. Mantenha-se nesta posição 5 segundos, voltando depois à posição inicial. Repita o exercício 10 vezes.

Deve continuar a fazer os exercícios, mesmo depois de iniciada a fisioterapia pós-operatória. Os objetivos dos exercícios são recuperar a mobilidade, recuperar a força e prevenir tromboflebitas. É o exercício regular que vai completar a sua recuperação total para as tarefas comuns da vida diária. ♦

⁴ Adaptado de: Secção de informação ao Doente disponível no Registo Português de Artroplastias da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) em <http://www.rpa.spot.pt/Main-Sections/Informacao-ao-doente/Joelho.aspx>, consultada a 15 de janeiro de 2018.

Atividades no Pós-Operatório

	ATIVIDADE	RETOMA
AUTORIZADAS	Natação (crawl ou costas)	1-3 meses (*) (**)
	Passeios, Pesca e Caça	1-3 meses
	Condução automóvel	3 meses (*)
	Ginástica (manutenção) Bicicleta estacionária	3-6 meses
	Danças de salão	3 meses
	Golfe (s/ spikes, c/ buggy)	3 meses (**)
	Atividade sexual	3-6 meses
	Mergulho	6 meses (**)
	Ténis pares, piso terra	3-6 meses (*)
CONDICIONAIS	Deslocações de moto	(*) (**)
	Passeios de bicicleta	(*) (**)
	Esqui (pistas fáceis)	(*) (**)
	Equitação (dressage)	(*) (**)
PROIBIDAS	Jogging, Racquetball, Ténis Individual, Squash, Voleibol, Softball, Baseball, Futebol, Andebol, Rugby, Basquetebol, Patins em linha, Montanhismo, BTT, Saltos para a água, Desportos de contacto, Esgrima, Windsurf, Surf, Bodyboard, Snowboard, Equitação (saltos, cross country), Mota de água.	

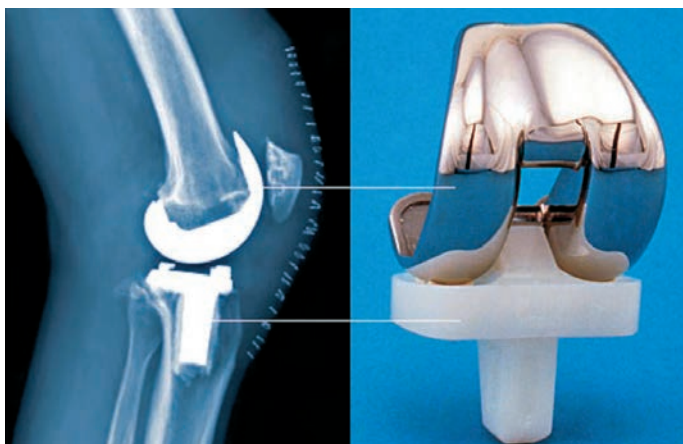
(*) A CONFIRMAR COM A EQUIPA MÉDICA (**) SE PRATICAVA A ATIVIDADE ANTES DA CIRURGIA

Prótese Total do Joelho na Artrite Reumatoide

Importância da Fisioterapia

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória, crônica, autoimune que se caracteriza pela inflamação das articulações. Os doentes com artrite reumatoide frequentemente sentem dor e dificuldade em mexer as articulações, mas os sintomas podem ser muito variados. A inflamação articular causa alterações características: inchaço e dor das articulações. Causa também rigidez, uma sensação de prisão dos movimentos, especialmente no início da manhã ou depois de períodos de repouso.

Se não for tratada, a inflamação conduz à destruição progressiva das articulações e perda de função. Podem surgir nesta altura deformidades articulares com consequente perda de massa muscular por atrofia e, por vezes, dificuldade em se movimentar. Este processo é frequente na articulação do joelho, podendo ser necessária a realização de uma artroplastia (prótese) total do joelho.



Southern Illinois University/Apogee Apogee/Photo Researchers, Inc., em <https://www.webmd.com/osteoarthritis/ss/slideshow-knee-replacement>



Maria Casimira Delca Pina Pereira*

* Fisioterapeuta especialista em Prótese Total do Joelho na FISIO ROMA

Para auxiliar todo este processo é essencial a presença de um fisioterapeuta no acompanhamento do doente, tanto antes, como após a intervenção cirúrgica.

A avaliação, educação e reabilitação, efetuadas por um fisioterapeuta antes da cirurgia, são fundamentais para uma melhor recuperação após a artroplastia total do joelho. A reabilitação pré-operatória contribui para a redução do tempo de internamento e para o aumento dos ganhos em saúde. Assim, o doente deve ser informado acerca do programa de reabilitação que vai ser efetuado e esclarecido acerca das dúvidas que tenha acerca dos procedimentos e metas para a alta hospitalar.

O fisioterapeuta é responsável por uma avaliação completa da situação do doente no pré-operatório, de forma a controlar e programar a intervenção a realizar após a cirurgia, assim como pelo tipo de exercícios que poderá fazer para o fortalecimento dos músculos da anca

e da coxa, fundamentais para conseguir andar bem. Os membros superiores também devem ser fortalecidos, pela necessidade de utilização de meios auxiliares de marcha (por exemplo, canadianas) no pós-operatório. É também necessário aprender a usar os auxiliares da marcha, quer em superfícies planas, quer no subir e descer escadas.



Ravedave – Own work, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=1779557>



Um dos fatores que mais influencia favoravelmente os resultados em saúde nas pessoas submetidas a artroplastia do joelho é a realização de reabilitação funcional, o mais cedo possível, após a cirurgia.

A reabilitação funcional da articulação do joelho no pós-operatório imediato, através de exercícios passivos, passivos/assistidos, ativos e ativos/resistidos é necessária para uma melhor adaptação à prótese. Esta intervenção pode ter uma duração variável de acordo com as características da doença apresentadas pela pessoa que se vai submeter à cirurgia, podendo ter uma duração de 12 a 14 semanas. A sua realização contribui para uma recuperação mais rápida, menor tempo de internamento e aumento de amplitudes articulares.

É essencial, em primeira instância, o ensino acerca da forma como a pessoa deve estar deitada na cama, como se deve movimentar e como controlar a dor. Os exercícios de mobilidade do tornozelo, assim como elevação das pernas no pós-operatório, são cruciais para

prevenir fenómenos tromboembólicos, promover a circulação e diminuir o edema. Apesar de serem necessários mais estudos relativamente ao uso da terapia por frio/gelo (crioterapia) no pós-operatório, existem benefícios associados à redução do espasmo muscular, com ação direta nas terminações nervosas e diminuição da dor. A vasoconstrição provocada pelo frio reduz o aspeto vermelho da pele (hiperemia) e o inchaço.

Em segunda instância, importa o ganho progressivo de amplitudes articulares funcionais, através de técnicas de mobilização realizadas pelo fisioterapeuta. A recuperação da amplitude de movimento é considerada o indicador principal de sucesso da artroplastia do joelho, uma vez que é necessária uma flexão de joelho de 83° para subir escadas, 90° a 100° para descer escadas, 60° a 70° para marcha normal (durante a fase de balanço), 93° para sentar em cadeira e 105° para transferências de sentado para de pé sem ajuda.



Em terceiro plano, é importante a prevenção da atrofia muscular, com fortalecimento dos músculos da coxa (quadrícipite) e treino de marcha com auxiliares adequados. Inicialmente, devem realizar-se exercícios isométricos, como forma de controlo de dor num período inicial da reabilitação, pois não é necessário movimento para gerar contração muscular. Nestes exercícios deve promover-se a contração isométrica glútea, abdominal e quadricipital. Com a evolução da reabilitação progride-se para exercícios isotónicos, onde já é gerado movimento, para aumento de funcionalidade. Os principais músculos que o doente submetido a uma prótese precisa de fortalecer são, geralmente, quadríceps, isquiotibiais, abdutores da anca e extensores da anca. Posteriormente, o programa de reabilitação pode incluir treino cardiovascular (por exemplo, bicicleta, piscina), proprioceptivo para ganho de estabilidade articular, proteção da articulação e correção da postura.

De uma forma geral, o objetivo da reabilitação será devolver ao doente a funcionalidade de que necessita para a recuperação e melhoria da qualidade de vida. ♦



Referências

- Adie, S. *et al.* (2012). *Cryotherapy following total knee replacement*. Cochrane Database Syst Rev
- Ciolac, E. *et al.* (2011). Muscle strength and exercise intensity adaptation to resistance training in older women with knee osteoarthritis and total knee arthroplasty. *Clinics*, p. 2079-2084.
- Coudeyre, E. *et al.* (2007). Could preoperative rehabilitation modify postoperative outcomes after total hip and knee arthroplasty? Elaboration of French clinical practice guidelines. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, p. 189-197.
- Fuchs, R. *et al.* (2000). Artroplastia total do joelho: avaliação a médio prazo: dois a dez anos. *Rev. bras. ortop*, p. 94-101.
- Greve, J. *et al.* (1992). Tratamento fisiatrico da dor na osteoartrose. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo*, p. 185-189.
- Guan, Z. *et al.* (2006). Early clinical outcome of total knee arthroplasty for flexion-contracture deformity knees of different degrees. *Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi*, p. 598-601.
- Lenssen, A. *et al.* (2006). Role of physiotherapy in peri-operative management in total knee and hip surgery. *Supplement*, p. 41-43.
- Lesh, S. (2005). *Ortopedia para o Fisioterapeuta*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Mangione, K. *et al.* (2005). Can elderly patients who have had a hip fracture perform moderate- to high-intensity exercise at home? *Phys Ther*, p. 727-739.
- Mendelsohn, M. *et al.* (2004). Effect of rehabilitation on hip and knee proprioception in older adults after hip fracture: a pilot study. *Am J Phys Med Rehabil*, p. 624-632.
- Morsi, E. *et al.* (2002). Continuous-flow cold therapy after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty*, p. 718-722.
- Silva, M. *et al.* (2003). Knee strength after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty*, p. 605-611.
- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2013). *O que é a reumatologia*. <http://www.spneumatologia.pt/doencas/artrite-reumatoide>. Acedido em 14 de janeiro de 2018
- Spósito, M. *et al.* (1990). Reabilitação na artroplastia do joelho: resultados. *Revista Brasileira de Ortopedia*, p. 196-298.
- Thomson, A. *et al.* (1994). *Fisioterapia de Tidy*. São Paulo: Santos Livraria.
- Zimmerman, J. (2008). *Reabilitação de artroplastias totais de joelho*. São Paulo: Manole.

Fernanda Ruaz¹

O Joelho Novo

Vou para o Hospital numa tarde de sol, em Maio. Vou sozinha, quase satisfeita. Sei interiormente que tudo vai correr bem. O quarto tem uma janela com vista sobre os telhados vizinhos. Há pombos nos beirais. Tudo tem um ar simples, limpo e simpático. (...)

Amanhã é a operação. O receio que tinha da anestesia também já é mínimo, uma vez que na consulta prévia pus todos os meus medos a nu. A médica, uma jovem senhora que já conhecia da operação aos pés, explicou-me como irá ser. Conto com uma grande equipa. Sei que nada irá falhar por negligência ou falta de competência. Só tenho que estar confiante e acreditar que tudo o que se faz bem e por bem merece ajuda. Ponho dentro de mim tudo em ordem e aguardo. Saí do Hospital seis dias depois. Nunca pensei! O cirurgião disse-me que não deveria ficar mais do que duas semanas internada, mas o que nunca previra é que fosse tudo tão rápido e fácil.

Na minha imaginação, abrir a perna, tirar a articulação doente, pôr a prótese, fechar o joelho, sarar o suficiente para me poder sentar e andar, tudo isso, parecia-me que deveria demorar semanas. Afinal, ao segundo dia de operada, eis que chega a terapeuta para me mover a perna!

Sento-me no sofá, leio, oiço música e até me dou ao luxo de border. Algumas dores que tenho são rapidamente aliviadas com um analgésico, tomado através de um cateter que ficou da anestesia epidural. Parece ficção científica! Penso que vivo num sonho, quando, ao quarto dia de operada, apoiada nas canadianas e com a ajuda da terapeuta, desço e subo alguns degraus. (...)

Vou para casa a andar pelos meus pés com a ajuda das canadianas. (...)

A terapeuta vem a casa ajudar-me na recuperação. De dia para dia sinto-me melhor; mesmo ainda com canadianas, a facilidade de locomoção é outra. Estou muito satisfeita.

Já desço escadas sem ser agarrada com as duas mãos ao corrimão, embora desça como as criancinhas, degrau a degrau. Mesmo só com uma perna em posição normal, a minha postura corporal melhorou bastante. Tenho mais estabilidade a andar e pelo menos o joelho operado não me dói. Se eu com uma perna boa já consigo andar tão melhor, como será quando tiver operado as duas? ❖



¹ Extraído do livro *Andar, para além da dor*, de Fernanda Ruaz.

O outro «Joelho Novo»

Fernanda Ruaz²

Passou um ano. Agora que me sinto «pronta para outra» vou pôr a prótese no outro joelho. Sem medo algum. (...)

Por melhores que fossem as minhas expectativas, nunca imaginei que tudo corresse tão bem. Fui operada a 2 de Outubro e estive uma semana certa no Hospital.

No dia 27 do mesmo mês, sob o olhar vigilante da terapeuta, desci normalmente os degraus da escada da minha casa.

Fiquei tão feliz que abracei a terapeuta e gritei de alegria a chamar o meu marido para ver tão notável progresso. (...) Enquanto me for consentida memória reviverei com alegria aqueles momentos.

No dia a seguir a ter conseguido descer normalmente as escadas fui comprar umas calças. Há tantos anos que andava de saias, quase até ao chão! (...)

A terapeuta, como mulher e como amiga, que já é uma amiga, ri e percebe-me. O riso dela é a expressão da sua alegria por ter ajudado alguém a dar «aquele passo» fundamental. Aquele passo, no sentido literal do termo, para um caminhar mais agradável, um caminho mais liberto de escolhos. (...)

Estou a recuperar a passos gigantes. O cirurgião, a brincar, diz-me: «A senhora não anda, voa!» E sinto realmente que voa, tal é a diferença na facilidade a andar. Agora preciso ter cuidado, não exagerar nem abusar das forças até estar completamente restabelecida. Só tenho um sonho por cumprir: CORRER! (...)

Já não corro deve haver quase quarenta anos. (...)

Um sonho que se realiza

Chego à praia, olho o mar, lindo, e vou andando, areia fora, até chegar bem perto da linha de água. Os meus passos ficam marcados na areia os breves instantes entre duas ondas. Sento-me uns momentos numa pequena rocha a pensar nesse simbolismo e a imaginar o momento seguinte. (...) Ponho a mala a tiracolo e aperto o casaco. Estou de pé, na areia molhada, numa ponta da praia. Vou CORRER! Dou um passo largo, mais outro e outro e corro, corro, praia fora! Ligeira, leve, LIVRE!

EU CONSEGUI CORRER! EU CONSEGUI CORRER!

O meu coração bate alegremente. (...) O meu sonho cumpriu-se! ❖



² Extraído do livro *Andar, para além da dor*, de Fernanda Ruaz.

Cuide do novo joelho¹

O seu novo joelho continuará a melhorar até dois anos após a sua operação, acompanhando a cicatrização e o exercício dos músculos. Cuide de si e tenha atenção a qualquer um dos seguintes problemas:

Rigidez – Às vezes, o joelho pode ficar muito rígido nas semanas após a operação sem motivo óbvio. Experimente colocar o pé no primeiro ou segundo degrau das escadas, segure-se no corrimão e incline-se para o joelho. Isto deve ajudar a melhorar o movimento e flexibilidade do seu joelho. É muito importante continuar com os exercícios. Se a rigidez não melhorar após cerca de seis semanas, pode ser necessária nova intervenção cirúrgica.

Dor – A dor causada pela operação é normal nos primeiros dois meses e, provavelmente, ainda precisará de tomar analgésicos às seis semanas. Poderá sentir alguma dor até aos seis meses. Se tiver dor após esse período, fale com o médico ou com o fisioterapeuta.

Inchaço – É muito frequente após uma prótese do joelho (principalmente no tornozelo e no pé) e pode durar até três meses ou mais após a operação. O inchaço no tornozelo geralmente resolve-se à medida que melhora a sua capacidade de caminhar. O inchaço do joelho também é comum nos primeiros meses após a cirurgia. Aplicar gelo pode ser muito útil para uma articulação inchada, mas proteja a sua pele do contacto direto com o gelo. Pode ser aplicado até 20 minutos de cada vez. Levantar o pé acima da altura da anca (com um apoio) é outra maneira de reduzir o inchaço, mas levante-se e caminhe pelo menos cinco minutos a cada hora, para reduzir o risco de coágulo sanguíneo.

Infeção – Fale com o seu médico se detetar quaisquer sinais de infeção, por exemplo: problemas na cicatriz (pus ou feridas), aumento da dor, vermelhidão e a área afetada mais quente do que o habitual ou com cheiro desagradável.

É importante usar canadianas: após cerca de seis semanas, se os seus músculos estiverem fortalecidos, poderá tentar andar sem auxílio. Ao subir as escadas, suba primeiro a perna não operada e, em seguida, suba a sua perna operada. Ao descer as escadas, faça o contrário: desça primeiro a perna operada. É muito importante fazer os exercícios regularmente, cerca de 10 minutos, 6 a 8 vezes por dia.

Será capaz de executar tarefas domésticas leves, como varrer ou lavar pratos, mas evite as mais pesadas, como aspirar ou trocar a roupa da cama. Procure ajuda para os primeiros três meses. Cuide de si e peça ajuda, sempre que precisar! ♦

¹ Adaptado de *Looking after your knee replacement*, © Arthritis Research UK 1998-2017, All rights reserved, disponível em <https://www.arthritisresearchuk.org/arthritis-information/surgery/knee-replacement/looking-after-your-new-knee.aspx>



ficha técnica

Propriedade/Edição/Redação

Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas
Rua Quinta do Loureiro, 13 - Loja 2
1350-410 Lisboa

NIPC 501684107

Direção Elsa Mateus

Estatuto Editorial disponível em
www.lpcdr.org.pt/lpcdr/estatuto-editorial

Design RH-Positivo

www.rhpositivo.pt

Impressão Publirep

Rua Particular APM, Armazém 6
Valejas - 2790-192 Carnaxide,

Depósito Legal n.º 391211-15

N.º Registo ERC 123896

Tiragem 2.000 exemplares

A produção e a distribuição gratuita deste Boletim Informativo não seria possível sem o apoio que a LPCDR recebe através da Consignação de 0,5% do IRS. Tal como este boletim, ajudar com 0,5% do seu IRS não lhe custa nada!

NIF 501684107  **Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas**

Modelo 3

Quadro 11

Campo 1101

Entidade Beneficiária

Instituições religiosas (art.º 32.º, n.º 4, da Lei n.º 102/2011, de 22 de junho)

Instituições partilhadas de solidariedade social ou pessoas coletivas de utilidade pública (art.º 32.º, n.º 6, da Lei n.º 102/2011, de 22 de junho)

Pessoas coletivas de utilidade pública de fins ambientais (art.º 34.º, n.º 6, e n.º 7, da Lei n.º 30/96, de 18 de junho)

Instituições culturais com estatuto de utilidade pública (art.º 152.º, n.º 2, do CRP)

Resposta: ☒ SIM ☐ NÃO