

VIVER COM
O SEU

NOVO OMBRO

VIVER COM O SEU NOVO OMBRO



VIVER COM

O SEU

NOVO OMBRO

VIVER COM O SEU NOVO OMBRO

A prótese do ombro é uma cirurgia ortopédica complexa, que faz parte das diversas soluções que o seu Ortopedista tem para resolver problemas do ombro. Este caderno pretende explicar-lhe o que é a prótese, em que situações é utilizada e qual o seu papel no sentido de obter os melhores resultados clínicos.

CONHEÇA O SEU OMBRO

O ombro é a região do corpo onde o braço se articula com o tronco. Do lado do braço a articulação é constituída por uma superfície óssea redonda, a cabeça do úmero. Do lado do tronco, a omoplata forma uma cavidade arredondada, a glenóide, onde a cabeça umeral se aloja.

Esta articulação forma um encaixe que permite grande mobilidade.



O seu ombro

PORQUÊ OPERAR ?



Dor nocturna



Fractura do colo do úmero após queda



Algumas situações de dor significativa no ombro, associada a dificuldade de movimentos mais ou menos marcada, como por exemplo, incapacidade de levantar o braço. Algumas fracturas do colo do úmero, se complexas, obrigam também a prótese do ombro.

Causas mais frequentes de cirurgia protésica:



Fractura complexa do colo do úmero



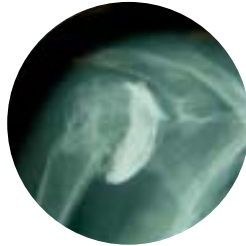
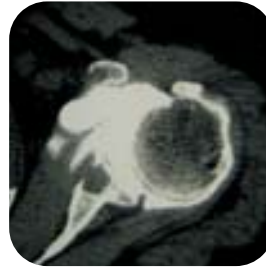
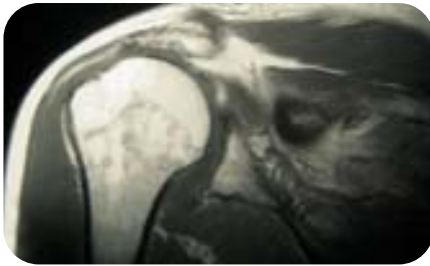
Necrose avascular da cabeça umeral, que pode encontrar-se nomeadamente no alcoolismo crónico.



Artrose do ombro, frequentemente secundária a ruptura de tendões da coifa dos rotadores ou poliartrite reumatóide

ESTUDO PRÉ-OPERATÓRIO

A substituição da articulação do ombro por uma prótese obriga à avaliação pré-operatória da sua função e musculatura envolvente. Para tal, é feito um exaustivo exame clínico e estudo imagiológico que pode passar pela artrografia, TAC ou ressonância magnética, além da radiografia clássica em várias incidências.



TAC, RMN, Arthrografia – implica injeção de contraste e pode associar-se ao TAC: Arthro TAC

Estes exames permitem uma visão detalhada da articulação e possibilidades de colocação dos componentes protésicos.

Verificam ainda as condições dos músculos que fazem mover o ombro, de forma a prever o seu bom funcionamento na recuperação da mobilidade pós-operatória.

A CIRURGIA

A intervenção consiste em substituir uma das superfícies da articulação ou mesmo as duas.

Podem ser usados 2 tipos de próteses:



Hemipróteses – só substituem a extremidade superior do braço, a cabeça do úmero



Próteses totais – substituem também a zona articular da omoplata, além da cabeça umeral.

A escolha entre os 2 tipos de prótese depende de múltiplos factores, como o grau de degradação da articulação e a sua causa.

○ INTERNAMENTO

O membro superior é imobilizado ao peito nos 1^{os}. dias após a cirurgia e a medicação consiste em analgésicos e anti-inflamatórios, juntamente com gelo local, a fim de diminuir a dor e inchaço.



O internamento é habitualmente curto, entre 3 e 5 dias e as suturas da pele serão retiradas ao 15^o Dia.

A REABILITAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA

A reabilitação começa nos primeiros dias. O membro superior fica habitualmente em repouso ao peito fora dos períodos de fisioterapia.

Uma das principais dificuldades será a de aprender a vestir-se com apenas uma mão. A enfermeira ou a fisioterapeuta mostrará como fazê-lo.

Durante os primeiros dias a reabilitação é puramente passiva, ou seja, é o fisioterapeuta que pega no seu braço e o movimenta, de forma a evitar rigidez da articulação.

Seguir sempre os princípios base:

CUMPRIR AS ORDENS DO CIRURGIÃO E DO MÉDICO FISIATRA
NUNCA FORÇAR
NUNCA DOER



DE VOLTA A CASA

Após a alta, o trabalho de recuperação dos movimentos deve continuar, sendo muito importante a sua colaboração.

- **Recuperar a mobilidade**
 - Os movimentos pendulares passivos evitam rigidez

De pé, incline-se para a frente e deixe o braço solto e descontraído. Depois, apenas faça o seu braço oscilar como um pêndulo, em todas as direcções. Não esqueça que ainda não são estes os movimentos que irão permitir mexer o ombro até aos limites máximos.

- Deve também aumentar a amplitude dos movimentos passivamente (ou seja, sem fazer força com o ombro operado) e de forma lenta.

Primeiro, deitado:



Elevação para a frente – pegar no braço operado com o braço são, levantá-lo até à vertical e deixá-lo cair lentamente para trás da cabeça, controlando sempre o movimento com o braço são para evitar a dor.

Rotação externa – colocar um pano dobrado sob o cotovelo do lado operado (para permitir braço paralelo à cama), agarrar uma barra com as duas mãos (por exemplo vassoura), mantendo entre elas a distância entre os 2 ombros (antebraços na vertical). Sem largar a barra, a mão do lado são inclina-se em direcção ao tórax, empurrando para fora a mão do lado operado, levando à rotação externa do ombro operado.

De pé:



Elevação passiva assistida – colocar-se próximo da parede, braço operado em elevação máxima, cotovelo esticado. Aproximar lentamente o tórax da parede, sem mexer os pés. Manter esta posição durante 1min. e repetir 5 vezes.



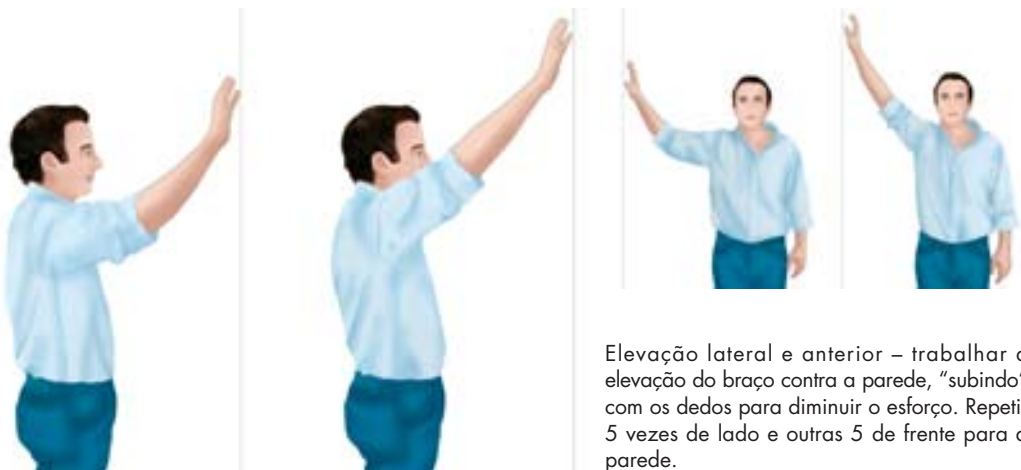
Rotação externa assistida – agarrar uma esquina de porta, de frente para esta, com a mão do lado operado. A mão do lado são mantém o braço operado encostado ao corpo, com o cotovelo a 90°. Sem largar, voltar a bacia (A) e depois o ombro são (B) para trás.



Mobilidade para trás – com um pano sobre o ombro são, agarrá-lo atrás com a mão do lado operado e à frente com a outra mão. Com os movimentos desta, permite-se que o braço operado se mova mais alto e mais longe pelas costas. Manter esta posição 1 min., repetindo até 10 vezes.

Recuperar a Força

- Após a 3ª semana (pode variar caso a caso) são normalmente iniciados os movimentos activos, ou seja, a fazer força sozinho. Note que não são estes os exercícios de fortalecimento, feitos mais tarde e em situações especiais.



Elevação lateral e anterior – trabalhar a elevação do braço contra a parede, “subindo” com os dedos para diminuir o esforço. Repetir 5 vezes de lado e outras 5 de frente para a parede.



Rotação externa – deitado sobre o lado saudável, encostar o cotovelo ao corpo e pousar a mão na cama. Elevar a mão o mais possível sem afastar o cotovelo do corpo, baixando lentamente a seguir.

Repetir 5 a 10 vezes, em 2 ou 3 séries. Pode usar um pequeno haltere ou outro objecto pesado caso o movimento já lhe seja fácil de efectuar.

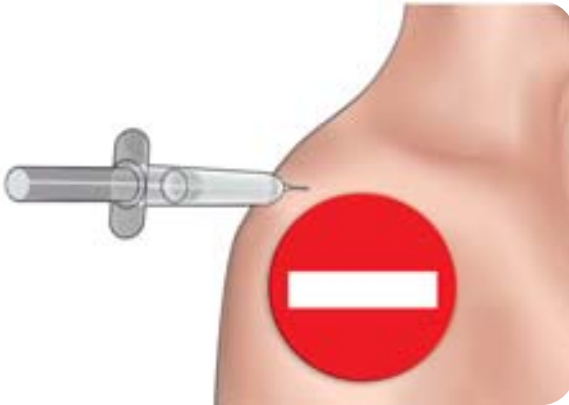
AINDA ALGUNS CONSELHOS

- A sua prótese deve ser vigiada regularmente, com visitas ao cirurgião que o operou. Estas consultas são indispensáveis, mesmo que tudo lhe pareça ir bem, uma vez que permitem exame com Rx, se necessário.
- Não hesite em contactar o seu Médico se constatar o aparecimento de sinais anormais (inchaço, dor severa, febre)
- Esteja atento ao mais pequeno sinal de infecção – dor de dentes, unha encravada ou febre sem causa aparente. À menor infecção dentária, respiratória, urinária ou outra, previna o seu Médico que tem uma prótese no ombro. Do mesmo modo, se

for submeter-se a tratamento dentário, previna o seu Dentista.



- Não receba injeções intramusculares no lado da prótese



- Mantenha um programa de reabilitação fisioterápica por alguns meses para melhores resultados
- A prótese do ombro é uma cirurgia ortopédica, devendo as indicações ser bem consideradas. Os resultados são indiscutivelmente de valor, graças à melhoria que proporciona no que respeita à função e à dor.

Apoio:

Dr. Nuno Sampaio Gomes (H. G. S^o António / H. Militar Porto)

Dr. José Manuel Lourenço (H. G. S^o António)



Colaboração



www.msd.pt
www.univadis.pt

Rua Quinta da Fonte,
Edifício Vasco da Gama,
Quinta da Fonte,
2770-192 PAÇO DE ARCOS