

PROTOCOLO FISIOTERAPÊUTICO DE PÓS-OPERATÓRIO INICIAL DE CIRURGIA LOMBAR

1- Considerações gerais

As cirurgias de coluna têm indicação médica conforme exames de imagem e apresentação clínica. As cirurgias envolvendo discos lombares têm 60 a 90% de sucesso reportado.^{1,2,3,4,5} Existem diferenças entre estudos quanto aos critérios de inclusão e critérios para a realização da cirurgia, sendo que 10 a 40% dos pacientes continuam sintomáticos.⁶ Dentre os sintomas estão: dor, déficits motores, diminuição da capacidade funcional, incapacidade de retorno ao trabalho ou alguma combinação. Existe controvérsia sobre a necessidade e duração das restrições de atividades após a cirurgia discal lombar. Embora o programa de reabilitação envolva programas específicos de atividade física e protocolos de orientações para os pacientes retornarem ao trabalho, existem casos de recidiva de lesões ou de instabilidade.^{7,8,9}

Todo programa de reabilitação visa à recuperação funcional do paciente, sendo que a evolução muitas vezes varia devido a fatores como: os pacientes têm leves diferenças patoanatômicas e conseqüentemente diferenciações quanto aos procedimentos cirúrgicos; Os pacientes experimentam diferentes níveis de força, flexibilidade e condicionamento após a cirurgia; Os pacientes têm fatores psicossociais variados e possuem diferentes níveis de coordenação cinestésico-proprioceptiva que afetam seus padrões de aprendizado motor.¹⁰ Quando realizada a abordagem cirúrgica que envolve artrodese, geralmente um calo ósseo deve se formar dentro de seis a oito semanas¹⁰, sendo que o cirurgião monitora a formação do calo através de raios X. O fisioterapeuta deve estar atento para a abordagem cirúrgica e os níveis de fusão, pois após o segmento estar fundido, ocorre aumento de estresse nos níveis acima e abaixo da fusão.

2- Proposta/ Escopo

O protocolo fisioterapêutico para cirurgia de coluna lombar tem como objetivo principal a avaliação da funcionalidade inicial e final do paciente submetido à cirurgia de coluna avaliando níveis cirúrgicos, dor, déficits e função.

3- Conteúdo

a) Indicações:

Pacientes internados para procedimento cirúrgico primário de coluna lombar.

b) Critérios de seleção:

Cirurgia de coluna lombar primária com solicitação médica de fisioterapia.

c) Rotinas

Na avaliação inicial do paciente de cirurgia de coluna lombar serão preenchidos dados iniciais da apresentação do paciente. No decorrer dos dias de pós-operatório, os demais itens vão ser preenchidos até a alta hospitalar.

d) Condutas fisioterapêuticas realizadas com os pacientes no pós-operatório de coluna lombar (serão descritas condutas gerais, mas as condutas terão variabilidade de acordo com a apresentação clínica e sintomatologia apresentadas)

1º Pós-operatório- exercícios resistidos de tornozelos, isométricos de quadríceps, ativos leves para membros inferiores (Msis) e membros superiores (MsSs), alongamento de cadeia posterior de Msis e trocas de postura em bloco.

2º Pós-operatório - exercícios resistidos de tornozelos, isométricos de quadríceps, ativos leves para Msis e MsSs, alongamento de cadeia posterior de Msis e trocas de postura em bloco. Auxílio na saída do leito (em bloco). Se possível, no turno contrário à primeira saída do leito, início do treino de marcha leve no quarto.

3º Pós-operatório - Saída do leito em bloco, início do treino de trocas de decúbito em bloco, treino de marcha com auxílio lateral, ativos para Msis em ortostase com estabilização lombar, alongamento de cadeia posterior de Msis.

4º Pós-operatório - Treino de marcha com auxílio lateral, ativos para Msis em ortostase com estabilização lombar, alongamento de cadeia posterior de Msis, treino de trocas de decúbito em bloco.

5º Pós-operatório - Treino de marcha de forma independente, ativos para Msis em ortostase com estabilização lombar, alongamento de cadeia posterior de Msis.

O protocolo visa avaliar a evolução funcional dos pacientes no decorrer dos atendimentos de fisioterapia. Os itens a serem avaliados são:

1- Identificação cirúrgica

1. Hérnia discal lombar

2. Artrodese de coluna lombar

2- Níveis cirúrgicos

0- L2-L3;

1- L3-L4;

2- L2-L3-L4;

3- L4-L5;

4- L4-L5-S1;

- 5- L5-S1;
- 6- L2-L3;L4-L5
- 7- L3-L4; L4-L5;
- 8- L3-L4; L4-L5; L5-S1
- 9- L2-L3; L3-L4; L4-L5
- 10- L2-L3; L3-L4; L4-L5; L5-S1
- 11- Outro _____

1) Evolução funcional-
Apresentação na avaliação

3.1.Dor

- 0- desconforto leve em FO
- 1- desconforto moderado em FO
- 2- muito desconforto em FO
- 3- desconforto leve na região doadora do enxerto ósseo
- 4- desconforto moderado na região doadora do enxerto ósseo
- 5- muito desconforto na região doadora do enxerto ósseo
- 6- desconforto leve em FO e na região doadora do enxerto ósseo
- 7- desconforto moderado em FO e na região doadora do enxerto ósseo
- 8- muito desconforto em FO e na região doadora do enxerto ósseo
- 9- desconforto posicional
- 10- desconforto posicional e em FO
- 11- desconforto posicional, FO e região doadora do enxerto ósseo

3.2. Movimento de MsIs

- 0. Movimenta os MsIs sem déficits
- 1. Movimenta os MsIs com déficit de dorsiflexão em um membro
- 2. Movimenta os MsIs com déficit de flexão de quadril em um membro
- 3. Movimenta os MsIs com déficit de extensão do hálux em um membro
- 4. Movimenta os MsIs com déficit de extensão do joelho em um membro
- 5. Movimenta os MsIs com déficit de dorsiflexão e extensão do hálux em um membro
- 6. Movimenta os MsIs com déficit de flexão de quadril e dorsiflexão em um membro
- 7. Outro _____

2) Evolução- condutas

4.1.Exercícios no leito

- 0. Realiza sem dificuldades
- 1. Realiza com dor em FO
- 2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
- 3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.

4. Realiza com dor e déficits já descritos

4.2.Saída do leito

0. 2° PO com auxílio da fisioterapia
1. 2° PO com auxílio da enfermagem
2. 3° PO com auxílio da fisioterapia
3. 3° PO com auxílio da enfermagem
4. Outro _____ Motivo: _____

5. Deambulação- fase inicial

0. Realiza sem dificuldades
1. Realiza com dor em FO
2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
5. Realiza com dor e déficits já descritos
6. Não realiza
7. Outro _____

6. Deambulação- fase final

0. Realiza sem dificuldades
1. Realiza com dor em FO
2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
3. Realiza com dor e déficits já descritos
4. Não realiza
5. Outro _____

7. Exercícios em ortostase- fase inicial

0. Realiza sem dificuldades
1. Realiza com dor em FO
2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
8. Realiza com dor e déficits já descritos

9. Não realiza.

8. Exercícios em ortostase- fase final

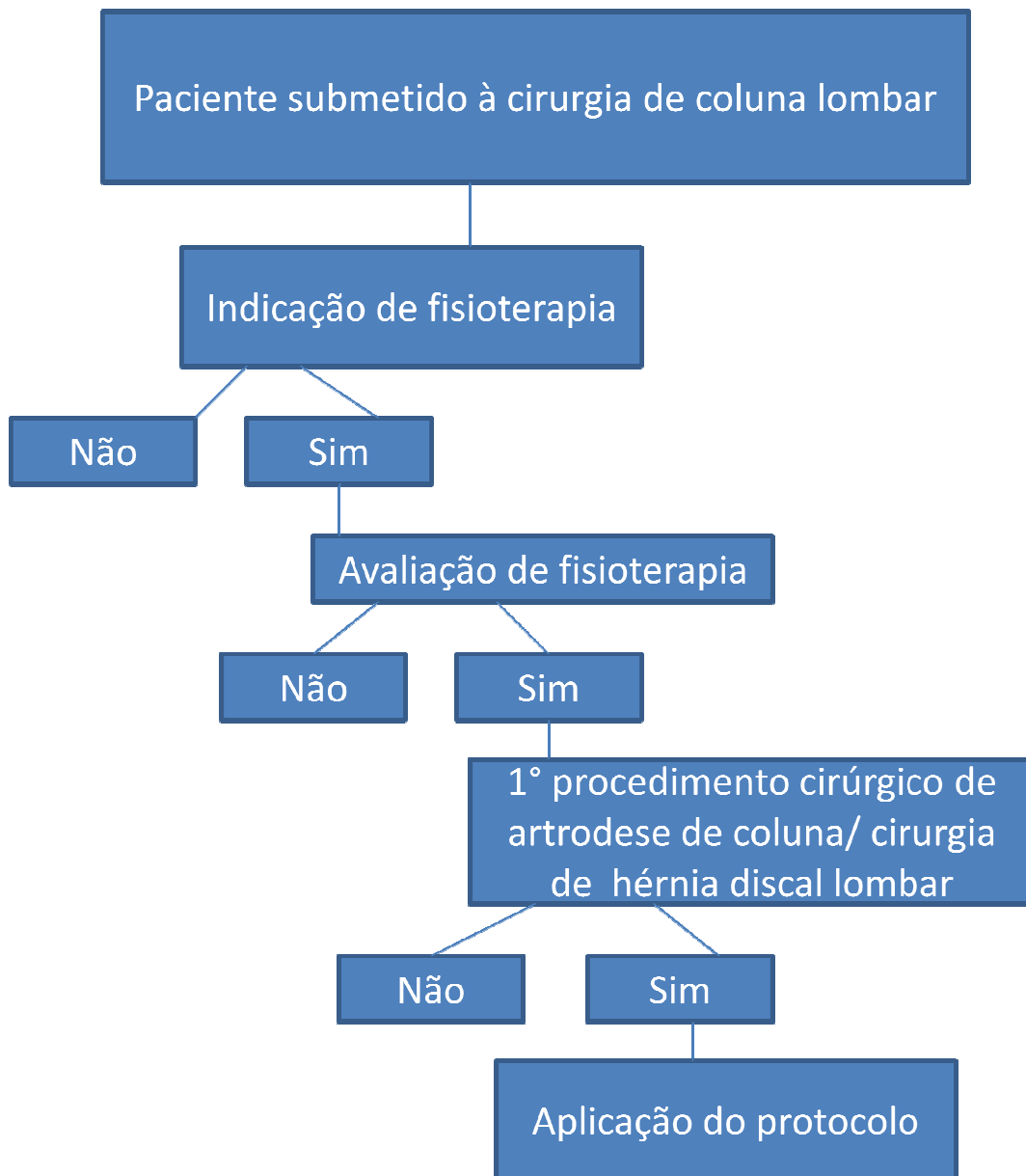
0. Realiza sem dificuldades
1. Realiza com dor em FO
2. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo
3. Realiza com dor na região doadora do enxerto ósseo e em FO.
4. Realiza com dor e déficits já descritos
5. Não realiza.

9. Independência funcional final

0. Realiza trocas de decúbito de forma independente
1. Não realiza trocas de decúbito de forma independente, requer auxílio
2. Consegue sentar-se na cadeira sem auxílio
3. Para sentar-se na cadeira requer auxílio de outra pessoa
4. Consegue deambular de forma independente pequenas distâncias
5. Não consegue deambular de forma independente pequenas distâncias
6. Consegue deambular de forma independente distâncias >50metros
7. Não consegue deambular de forma independente distâncias > 50 metros
8. Outro _____

10. Independência funcional final: quadro algico

0. Não se aplica
1. Devido ao quadro algico não realiza trocas de decúbito de forma independente
2. Devido ao quadro algico não consegue sentar-se de forma independente
3. Devido ao quadro algico não consegue deambular de forma independente pequenas distâncias
4. Devido ao quadro algico não consegue deambular de forma independente distâncias > 50 metros
5. Outro _____



5- Adequação do protocolo

Número de pacientes que realizou cirurgia primária de coluna lombar e têm indicação de fisioterapia (conforme indicação do protocolo)/ número de pacientes que realizaram cirurgia de coluna lombar x 100

6- Referências

¹ Barrios C, Ahmed M, Arroategui JI, et AL. Clinical factors predicting outcome after surgery for herniated lumbar disc: na epidemiological multivariate analysis. J Spinal Disord 1990;3:205-9.

² Hurme M, Alaranta H. Factors predicting the result of surgery for lumbar intervertebral disc herniation. Spine 1987;12:933-8.

³ Korres DS, Loupassis G, Stamos K. Results of lumbar discectomy: a study using 15 different evaluation methods. Eur Spine J 1992;1:20-4.

⁴ Manniche C, Asmussen KH, Vinterberg H, et al. Analysis of preoperative prognostic factors in first-time surgery for lumbar disc herniation, including Finneson's and modified Spengler's score systems. Dan Med Bull 1994;41:110-5.

⁵ Pappas CTE, Harrington T, Sonntag VKH. Outcome analysis in 654 surgically treated lumbar disc herniations. Neurosurgery 1992;30:862-6.

⁶ Raymond WJG, Henrica CW, Gordon W, Pieter L et al. Rehabilitation following first-time lumbar disc surgery. Spine 2003;3: 209-218.

⁷ Carragee EJ, Helms E, O'Sullivan GS. Are postoperative activity restrictions necessary after posterior lumbar discectomy ? A prospective study of outcomes in 50 consecutive cases. Spine 1996;21:1893-7.

⁸ Manniche C. Assessment and exercise in low back pain. With special reference to the management of pain and disability following first time lumbar disc surgery. Dan Med Bull 1995;42:301-13.

⁹ Manniche C. Clinical benefit of intensive dynamic exercises for low back pain. Scand J Med Sci Sports 1996;6:82-7.

¹⁰ Maxey L, Magnusson J. Reabilitação pós-cirúrgica para o paciente ortopédico. Guanabara Koogan 2003;8:125-150.