

AMPUTAÇÃO DE MEMBROS: PERFIL DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE CLÍNICAS DO MUNICÍPIO DE UBERABA-MG

AMPUTATION OF LIMBS: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC PROFILE OF PATIENTS FROM A CLINICAL HOSPITAL IN UBERABA – MINAS GERAIS

AMPUTACIÓN DE MIEMBROS: PERFIL DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL DE CLÍNICAS DEL MUNICIPIO DE UBERABA-MG

Maria Helena Barbosa¹
Ana Carolina Cardoso de Lima²
Elizabeth Barichello³

RESUMO

Este estudo descritivo foi realizado com o objetivo de identificar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à amputação de membros superiores (MMSSs) e inferiores (MMIIs). Os dados foram coletados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba-MG, após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFTM. Foram analisados 80 prontuários de pacientes submetidos à amputação (população) durante o período de janeiro de 2006 a janeiro de 2007. Para a obtenção dos dados, utilizou-se um instrumento estruturado. Evidenciou-se que 71% dos pacientes residiam na cidade de Uberaba, 26% eram aposentados, 59% eram do sexo masculino e a média da idade foi de aproximadamente 60 anos. Verificou-se maior frequência de amputações unilaterais (95%). Observou-se que na maioria das amputações dos MMIIs (75%) a etiologia foi não traumática (81%) estando relacionadas ao diabetes *mellitus*, insuficiência vascular periférica, trombose venosa e necrose de extremidades. Com relação aos MMSSs, 80% dos casos estavam relacionados a causas traumáticas, diferentemente dos MMIIs. Concluiu-se que a maioria dos casos de amputação ocorreu no MMII e os pacientes apresentavam alterações vasculares e DM. Esses resultados apontam para a necessidade de mais estudos abordando a prevalência de amputações decorrentes de complicações de afecções como DM e alterações vasculares. Os dados obtidos, embora preliminares, possibilitaram a adoção de medidas preventivas no controle dessas afecções no sentido de reduzir os impactos de amputação decorrentes dessas complicações.

Palavras-chave: Amputação; Epidemiologia; Perfil de Saúde; Extremidade Superior; Extremidade Inferior; Enfermagem.

ABSTRACT

This is a descriptive study with the objective of identifying both clinical and epidemiologic profile of patients who underwent upper or lower limbs amputation. All data was collected at the Clinical Hospital of *Universidade Federal do Triângulo Mineiro* (UFMT) after the project was approved by UFMT Ethics and Research Committee. From January, 2006 to January, 2007, charts from 80 patients who had undergone amputation were analyzed using a structured instrument. Results showed that 71% of the patients lived in Uberaba, 26% were retired, 59% were male and the mean age was 60 years. Amputations of lower limbs were most frequently unilateral (95%) and the etiology was non-traumatic in 81% of the cases. These amputations were associated to diabetes mellitus, peripheral venous disease, venous thrombosis and necrosis of the extremities. Concerning the upper limb amputations, data showed that 80% of the cases were related to traumatic causes. We conclude that lower limb amputations accounted for the majority of all amputations, and patients had vascular disorder and diabetes mellitus. Although preliminary, these results show the importance of preventive measures in order to reduce the number of cases of amputation associated to such complications.

Key words: Amputation; Upper Extremity; Lower Extremity; Health Profile; Epidemiology; Nursing.

RESUMEN

El presente estudio descriptivo fue realizado con el objetivo de identificar el perfil clínico y epidemiológico de pacientes sometidos a amputación de miembros superiores e inferiores. Los datos fueron recogidos en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro – Uberaba – MG, después de la aprobación del Comité de Ética e Investigación de la UFTM. Se analizaron 80 historias clínicas de pacientes sometidos a amputación (población) entre enero del 2006 y enero del 2007. Para obtener los datos se utilizó un instrumento estructurado. Se constató que el 71% de los pacientes vivía en la ciudad de Uberaba; 26% estaba jubilado, 59% era del sexo masculino y la edad promedio era de aproximadamente 60 años. Se comprobó mayor frecuencia de amputaciones unilaterales (95%). Se observó que en la mayoría de las amputaciones de los miembros inferiores (75%) la etiología era no traumática y 81% estaba relacionada con diabetes *mellitus*, insuficiencia vascular periférica, trombosis venosa y necrosis de extremidades. Con respecto de los miembros superiores el 80% de los casos estaban relacionado a causas traumáticas, distinto de los MI. Se llegó a la conclusión de que la mayoría de los casos de amputación ocurrió en miembros inferiores y que los pacientes presentaban alteraciones vasculares y DM. Estos resultados indican que se necesitan más estudios que enfoquen la prevalencia de amputaciones resultantes de complicaciones de afecciones como DM y alteraciones vasculares. Los datos obtenidos, aún siendo preliminares, permitieron adoptar medidas preventivas para controlar tales problemas en el sentido de reducir los impactos de amputaciones resultantes de estas complicaciones.

Palabras clave: Amputación; Extremidad Superior; Extremidad Inferior; Epidemiología; Perfil de Salud; Enfermería.

¹ Doutora em Enfermagem na Saúde do Adulto. Professora adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

³ Mestre em Enfermagem Fundamental. Professora assistente da UFTM.

Endereço para correspondência: Praça Manoel Terra 330, Centro – CEP 38015-050, Uberaba-MG.

E-mail: mhelena331@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as amputações representam um dos problemas de saúde da atualidade de relevância e impacto pessoal, social e econômico. A pessoa que sofre a amputação passa por alterações significativas em sua vida que implicam a diminuição da independência, alterações na auto-estima e dificuldades em se adaptar a essa nova etapa.

Outro aspecto que merece ser apontado refere-se aos custos com o tratamento, que normalmente são elevados, pois as amputações, em geral, ocorrem com frequência e necessitam de um tempo maior de internação.

Sabe-se que a amputação é retirada de um membro (parte de um ou mais ossos) por meio de um procedimento cirúrgico e deve ser diferenciada da desarticulação, a qual consiste na remoção de uma parte do membro por meio da articulação.¹ Portanto, a amputação é uma conduta irreversível, indicada quando todas as formas de tratamento, tanto clínica quanto cirúrgica, foram utilizadas sem sucesso na resolubilidade do problema. Nesses casos, ela é adotada para assegurar as condições de vida do paciente.²

As indicações para amputação envolvem um processo decisório difícil e complexo, e em alguns casos contraditório, que apenas deve ser utilizado quando há impossibilidade de outro tratamento reconstrutivo.³ Geralmente, para o médico, a amputação é encarada como o fim de um processo mórbido e considerada um desastre emocional e social pelo paciente e seus familiares, envolvidos na manutenção da melhor qualidade possível de vida. O paciente amputado ingressa numa nova fase em que há limitações e torna-se essencial o empenho da equipe no planejamento de uma assistência para minimizar os danos.⁴

No Brasil, não existe registro da estimativa precisa do número de amputações realizadas. Em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, entre 1992 e 1994, o número estimado de amputações foi de 3 954 casos, perfazendo uma taxa anual média de 13,9 por 100 000 habitantes.⁵ Na Europa, nos Estados Unidos e na Ásia, identificou-se um número de amputações variando entre 2,8 a 43,9 por 100 mil habitantes/ano, com prevalência em pacientes acometidos por afecções vasculares.⁶

Em um estudo com 262 pacientes amputados, Cassefo e colaboradores identificaram que 186 (71%) pacientes eram do sexo masculino e 66 (29%) do sexo feminino.⁷ Quanto às amputações de membros superiores (MMSSs), a principal causa foi a traumática (70,3%).⁷

Perdigão e colaboradores identificaram que a maioria das amputações ocorreu entre os pacientes na faixa etária de 51 a 70 anos de idade, com incidência menor entre a população de jovens.⁸ Nesse estudo, as doenças vasculares foram responsáveis por 81% das amputações e os acidentes traumáticos, por 12%.⁸

Geralmente, as doenças vasculares acometem a população mais idosa, enquanto os acidentes

traumáticos ocorrem entre os jovens e outras causas, como os tumores malignos, apresentam faixa etária variável.⁹ Entre as causas que levam à amputação, as principais são as traumáticas, as infecciosas, a tumoral e a vascular.^{1,7,8}

Já no estudo realizado em Cascavel, no Paraná, no período de 2002 e 2003, verificou-se que o diabetes *mellitus* (DM) representou a principal causa de amputações de membros inferiores (51,0%), seguida por vasculopatias (48%).¹⁰

Com relação à região amputada (topografia), os estudos apontam mais de 80,0% dos casos com acometimento em membros inferiores (MMIIs), e entre 12% a 14% dos casos em MMSS.^{1,7,11}

Diante do impacto na qualidade de vida em decorrência de amputações e dos poucos estudos disponíveis evidenciando as características do paciente amputado em nossa sociedade, torna-se importante identificar o perfil desses pacientes por região geográfica no sentido de implementar medidas de prevenção.

Nesta pesquisa teve-se como objetivo de caracterizar os pacientes submetidos à amputação de membros superiores (MMSSs) e inferiores (MMIIs), realizadas no Hospital de Clínicas da UFTM, Uberaba-MG.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo de 80 pacientes submetidos à amputação dos MMIIs e MMSSs, incluindo pododáctilos e quirodáctilos, população operada no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2007, na Unidade de Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas da UFTM, Uberaba-MG.

Os estudos descritivos limitam-se a observar, descrever e documentar a ocorrência de uma situação ou doença na população, sendo, freqüentemente, o primeiro passo de uma investigação epidemiológica.^{12,13} Esse estudo pode ser feito por meio de dados primários e/ou secundários.¹

As informações foram obtidas em prontuários dos pacientes no serviço de estatística do Hospital de Clínicas da UFTM, Uberaba-MG. Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), Protocolo nº 895.

Para coleta dos dados, utilizou-se instrumento constituído por duas partes: a primeira refere-se aos dados sociodemográficos da população em estudo, como idade, sexo, ocupação e procedência; e a segunda, aos dados clínicos e epidemiológicos, como etiologia, topografia, localização das amputações.

Os dados coletados foram inseridos em um banco de dados construído no Programa EXCEL® for Windows XP® e posteriormente exportados para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para análise estatística. Para a análise descritiva dos dados, foram utilizadas a distribuição de frequência simples, as medidas de tendência central (média) e também as medidas de variabilidade (desvio padrão).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao sexo, verificou-se que 47 (59%) pacientes submetidos a amputação eram do sexo masculino e 33 (41%) do sexo feminino, corroborando com outros estudos que demonstram o predomínio desse procedimento entre os indivíduos do sexo masculino, com percentuais variando entre 67% e 78%.^{2,4,7,11}

Entretanto, observou-se em outro estudo que as mulheres apresentam maior tendência à amputação de origem diabética numa proporção de 62,0% para apenas 45,0% de homens.³ Talvez a maior incidência de mulheres acometidas pelo diabetes *mellitus* possa explicar tal aproximação encontrada neste estudo.

Com relação à idade, 50 (62,5%) tinham 60 anos ou mais, 24 (30%) encontravam-se na faixa etária entre 26 e 59 anos e apenas 6 dos pacientes (7,5%) tinham até 25 anos. A média da idade dos pacientes foi de aproximadamente 60 anos, sendo que para o sexo feminino foi de 67 anos (variando de 19 anos a 91 anos), e para o sexo masculino foi, de aproximadamente, 58 anos (variando de 11 anos a 81 anos).

Alguns estudos também apontam que há o predomínio de pacientes amputados com idade igual ou superior a 50 anos.^{2,8,7,11} Com relação à média de idade, foi encontrada, na literatura, a média de 49,4 anos, sendo 53,1 anos para o sexo feminino, variando entre 2 a 89 anos, e 47,9 anos para o sexo masculino, variando de 1 ano a 87 anos,⁷ diferentemente deste estudo, em que as amputações ocorreram mais tardiamente.

A tendência de as mulheres se submeterem a amputação mais tardiamente, se comparado aos homens, talvez se deva ao fato de as mulheres procurarem os serviços de saúde com mais frequência e aderirem a acompanhamentos preventivos com maior facilidade.

Em 23 (29%) dos prontuários analisados não havia registros quanto à ocupação dos pacientes. Verificou-se que 21 pacientes (26%) eram aposentados, 13 (16%) do lar e 23 (29%) apresentavam outras ocupações, incluindo as de motorista, manicure, doméstica, serviços gerais, jardineiro, autônomo, comerciante, pedreiro, funcionário público, trabalhador rural, garçom e estudante. Em relação à procedência, 57 (71%) dos pacientes residiam em Uberaba e 23 (29%) eram provenientes de outras cidades.

Dentre os 80 pacientes submetidos à cirurgia de amputação, 76 (95%) realizaram amputação unilateral. Dos 76 pacientes que fizeram amputação unilateral, observou-se que 66 (87%) amputaram um dos membros inferiores e somente 10 (13%) um dos membros superiores. Dos 66 pacientes que amputaram um dos membros inferiores, 40 (61%) tiveram o membro inferior direito amputado, enquanto 26 (43%) tiveram o membro inferior esquerdo retirado. Dos 10 pacientes que amputaram um dos membros superiores, 5 (50%) amputaram o membro direito e 50% o esquerdo. Nesta pesquisa, notou-se prevalência de amputação de MMIs, o que também foi verificado em outros estudos.^{7,10,11}

Constatou-se que dos 4 (5%) pacientes que não realizaram amputação unilateral, 2 (2,5%) realizaram amputação simultânea de um membro inferior e um membro superior. Os outros 2 (2,5%) tiveram amputados um membro inferior e os pododáctilos do outro.

Nos membros inferiores, 46 (70%) das amputações foram em regiões acima dos pododáctilos e 20 (30%), de pododáctilos. Nas amputações de membros superiores, dentre os 10 pacientes que sofreram amputações em membros superiores, 6 (60%) foram de quirodáctilos e 4 (40%) amputaram acima dos quirodáctilos.

Observou-se que dos 66 (82,5%) pacientes que apresentaram amputação em MMIs, 60 (91%) foram por etiologia não traumática e apenas 6 (9%) por etiologia traumática. Entre as 10 (12,5%) amputações de MMSSs, 8 (80%) apresentaram etiologia traumática e somente 2 (20%) etiologia não traumática.

Verificou-se que nos pacientes que sofreram amputações em membro inferior e superior simultaneamente, um (50%) foi por causa traumática e o outro (50%) por causa não traumática. Os que amputaram o membro inferior e os pododáctilos do membro contralateral, simultaneamente, 2 (100%) foram por causa não traumática. Com relação às amputações por causas não traumáticas, observou-se que 46 (70,8%) dos casos deveram-se à necrose de extremidades, 36 (55,4%) por DM, 35 (53,8%) à insuficiência vascular periférica, 21 (32,3%) a outras causas (osteomielite, oclusão arterial aguda, aterosclerose, trombose arterial e infecção) e apenas 7 (10,8%) apresentaram trombose venosa, uma média de 2,2 causas por paciente.

Com relação às causas das amputações, verificou-se, no atual estudo, a prevalência da etiologia não traumática entre os casos de amputação de MMIs, porém a etiologia traumática predominou nos casos de amputação de MMSSs, diferentemente do estudo encontrado na literatura em que as causas de amputação foram todas não traumáticas.⁴ Já em outra pesquisa identificou-se que 60 (24%) dos pacientes apresentaram como causa da amputação a etiologia traumática e 42 (70,3%) amputaram o membro superior, corroborando com os achados neste estudo.⁷

A principal causa de amputação não traumática foi a necrose de extremidades, o que também foi verificado em outros estudos, nos quais as alterações vasculares ocupam o primeiro lugar, embora não se especifique se com ou sem presença de necrose tecidual, seguida de osteomielite, infecção, malformações congênitas e tumores.^{7,11} Já outros estudos apresentaram como principal causa de amputação não traumática o DM, seguido de vasculopatia periférica, isquemia irreversível e gangrena.¹⁰

Quanto à frequência de amputações por paciente, observou-se que 61 (76,4%) foram submetidos a amputação uma única vez, enquanto 19 (24,6%) mais de uma vez. Notou-se que os pacientes submetidos a amputação não tiveram recidiva desse procedimento na maioria dos casos estudados. Alguns autores afirmam

que a recidiva de amputações está relacionada com a causa.¹⁰ Entre os pacientes diabéticos do estudo desses autores, 60% passaram por três amputações, 40% por duas amputações e 50% por uma amputação. Em outras causas (vasculopatia periférica, isquemia irreversível e gangrena), 38% dos pacientes sofreram uma amputação, 14% duas amputações e 20% três amputações. Na trombose arterial, 29% dos pacientes foram submetidos a duas amputações, 8% a uma amputação, e não houve casos de três amputações por paciente.¹⁰

CONCLUSÃO

Quanto ao perfil epidemiológico dos pacientes submetidos a amputação, houve predomínio do sexo masculino – 47 (59,0%). A média da idade foi de, aproximadamente, 60 anos, 26% eram aposentados;

e a maioria – 57 (71%) – era procedente da cidade de Uberaba.

Com relação ao perfil clínico desses pacientes, observou-se a ocorrência maior de amputação unilateral – 76 (95%) – entre os 80 pacientes; a amputação nos MMII ocorreu em 60 (91%) pacientes; houve o predomínio da etiologia não traumática em amputações dos MMII. Desses, as principais causas foram o DM e as vasculopatias. Já a etiologia traumática esteve presente em 80% das amputações de MMSS.

Pretendeu-se, com este estudo, colaborar para a implementação de práticas preventivas e a promoção da educação para o autocuidado nos serviços de saúde, tendo em vista as principais causas de amputação identificadas. Vislumbra-se reduzir as complicações que, na maioria dos casos, acarretam esse procedimento de mutilação ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Chenshaw AH. Cirurgia ortopédica de Campbell. 8ª ed. São Paulo: Manole; 1996.
2. Martínez I, Nóbrega M. Amputaciones de miembros inferiores: revisión del tratamiento fisiátrico. *Salus Militiae*. 2004; 29(1-2):35-8.
3. Caromano FA, Castelucci P, Lebre LPM, Takahashi SY, Tanaka O. Incidência de amputação de membro inferior, unilateral, análise de prontuários. *Rev Terapia Ocup*. 1992; 3(1/2):44-53.
4. Buzato MAS, Tribulatto EC, Costa SM, Zorn WGW, Bellen BV. Amputados de membros inferiores: a condição dos pacientes dois anos depois. *An Paul Med Cir*. 2001 out-dez; 128(4):111-9.
5. Spichler ERS, Spichler D, Lessa I, Forte AC, Franco LJ, Laporte R E. Capture-recapture method to estimate lower extremity amputation rates in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Panam Salud Pública*. 2001; 10(5):324-40.
6. Group TG. Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North América and East Ásia. The Global Lower Extremity Amputational Study Group. *Br J Surg*. 2000; 87(3):328-37.
7. Cassefo V, Nacaratto DC, Chamlian TR. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco: estudo comparativo de 3 períodos diferentes. *Acta Fisiátr*. 2003; 10(2):67-71.
8. Perdigão AC, Silva BOA, Pandini EF, Santos ECS, Santos IA, Pangrácio MRG, et al. Informativo: causa das amputações. *Fisioter Mov*. out 1998/ mar 1999; 12(2):97-109.
9. Lundberg SG, Guggenheim FG. Sequelae of limb amputation. *Adv Psychosom Med*. 1986; 15:199-210.
10. Carvalho FS, Kunz VC, Depieri TZ, Cervellini R. Prevalência de amputação em membros inferiores de causa vascular: análise de prontuários. *Arq Ciên Saúde UNIPAR*. 2005 jan-mar; 9(1):23-30.
11. Piccolotto P, Carvalho AB, Chamlian TR, Masiero D. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Lar Escola São Francisco. *Med Reabil*. 2005; 24(3):59-62.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiologia básica. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2001.

Data de submissão: 26/8/2008

Data de aprovação: 14/10/2008