

particularidade deste caso, está na apresentação de palpação dolorosa de banda tensa muscular abaixo do nível de lesão medular mimetizando um quadro de dor miofascial.

Acreditamos que este fato deva chamar a atenção para quadro semelhantes e sua possível resposta ao tratamento com toxina botulínica.

Conclusão

Nos pacientes com LM, a dor nociceptiva e neuropática podem surgir concomitantemente abaixo do nível da lesão em lesões incompletas. Esta paciente apresentava pontos de dor muscular abaixo do nível sensitivo, com reprodução da dor mediante palpação do PG, similar a apresentação clínica de SDM apesar de estar em região com sensibilidade comprometida.

Considerando a resposta parcial ao bloqueio de PG com lidocaína e a potencial ação da TBA para SDM refratária, optamos por este tratamento com boa melhora do quadro algico. Portanto, acreditamos que em casos com padrão clínico semelhante, a dor muscular localizada deva ser considerada como alvo para tratamento. Mais estudos devem ser realizados para constatar a real efetividade do método.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. De Andrés J, Cerda-Olmedo G, Valía JC, Monsalve V, Lopez-Alarcón, Minguez A. Use of botulinum toxin in the treatment of chronic myofascial pain. Clin J Pain. 2003;19(4):269-75. Doi: <https://doi.org/10.1097/00002508-200307000-00011>
3. Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: review and implications. Neurology. 2007;68(15):1178-82. Doi: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000259085.61898.9e>
4. Li L, Stoop R, Clijisen R, Hohenauer E, Fernández-de-Las-Peñas C, Huang Q, et al. Criteria used for the diagnosis of myofascial trigger points in clinical trials on physical therapy: updated systematic review. Clin J Pain. 2020;36(12):955-67. Doi: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000875>
5. Matak I, Bölcskei K, Bach-Rojecky L, Helyes Z. Mechanisms of Botulinum Toxin Type A Action on Pain. Toxins (Basel). 2019;11(8):459. Doi: <https://doi.org/10.3390/toxins11080459>
6. Nicholson B. Differential diagnosis: nociceptive and neuropathic pain. Am J Manag Care. 2006;12(9 Suppl):S256-62.
7. van Gorp S, Kessels AG, Joosten EA, van Kleef M, Patijn J. Pain prevalence and its determinants after spinal cord injury: a systematic review. Eur J Pain. 2015;19(1):5-14. Doi: <https://doi.org/10.1002/ejp.522>

Perfil clínico e funcional de pacientes com sequelas pós-Covid-19 de um centro de reabilitação física

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204841

Elaine Cristina da Silva, Rafaela Batista Souza, Juliana Aquino Freitas de Oliveira, Camila Carneiro, Celso Vilella Matos

Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro de Santos

Palavras-chave: COVID-19, Perfil de Impacto da Doença, Estado Funcional, Reabilitação

O novo coronavírus ou COVID-19 é um vírus altamente infeccioso que acomete principalmente o trato respiratório. Seu primeiro relato foi em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, província de Hubei na China e, desde então, evoluiu rapidamente para uma pandemia mundial.¹

Suas consequências são multissistêmicas, no entanto, pouco se sabe sobre a apresentação de suas sequelas e desfechos à longo prazo. O monitoramento do curso dos sintomas e os impactos destes agravos no estado funcional dos pacientes acometidos pelo novo coronavírus ainda estão sendo descritos na literatura.²

Sabe-se que essas complicações pós infecção podem apresentar algum impacto funcional nesta população. Uma das sequelas funcionais mais comumente encontrada é a fraqueza neuromuscular, a qual é a forma mais comum de deficiência física pós-Covid-19. Os sintomas podem incluir desde fraqueza muscular generalizada, mialgia, fadiga, diminuição da mobilidade até casos de amputações por trombose venosa profunda e desenvolvimento de doenças neuromusculares.³

Sendo assim, a Covid-19 afeta indivíduos em vários graus, variando de alguns dias com sintomas leves a dificuldades respiratórias graves que requerem tratamentos específicos.⁴ O número de indivíduos recuperados, porém com complicações, cresce a cada dia. Desta maneira há a necessidade de estudos contínuos que descrevam o perfil clínico, prognóstico relacionado ao estado de recuperação funcional e predição do curso desta condição de saúde, a fim de mapear as possíveis sequelas pós-Covid-19.

Objetivo

Descrever o perfil clínico e funcional de participantes com sequelas pós-Covid-19 frequentadores de um centro de reabilitação de referência no município de Santos/SP.

Métodos

Tratou-se de um estudo descritivo e retrospectivo, realizado através de prontuários físicos e eletrônicos com uma amostra não-probabilística de 17 participantes com idade ≥ 18 anos que testaram positivo para a Covid-19 e que frequentaram o Centro de Reabilitação e Medicina Física Lucy Montoro de Santos/SP no período pandêmico de janeiro/2020 a dezembro/2022.

Foram incluídos prontuários de participantes que foram testados positivo para a Covid-19 através de testes diagnósticos por RT-PCR e participantes que tiveram algum acometimento clínico ou físico com impactos diretos na funcionalidade. Foram excluídos prontuários de participantes que não concluíram o programa de reabilitação física até a alta

e prontuários que continham a descrição dos dados incompletos.

Durante a extração dos dados foram obtidas informações referentes aos dados sociodemográficos e clínicos. Para a descrição da capacidade funcional foi utilizado o instrumento de avaliação relacionado aos domínios de atividade e participação baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) sendo este, a Medida de Independência Funcional (MIF). Este instrumento foi aplicado em dois momentos: na admissão, ou seja, no momento da avaliação inicial do participante e no momento da alta do programa de reabilitação física.

Resultados

Foram incluídos no estudo 17 prontuários de participantes com condições de saúde relacionadas às sequelas pós Covid-19 e que receberam tratamento de reabilitação física, no período pandêmico entre 2020 e 2022. Três prontuários foram excluídos devido a não finalização do programa de reabilitação. A idade média dos participantes foi de 61 anos, sendo 52,9% do gênero feminino e 47,1% gênero masculino.

Com relação à gravidade do estado funcional, notou-se que 64,7% necessitou de internação hospitalar devido à infecção pela Covid-19. Dentre eles 23,5% necessitaram de ventilação mecânica e, o tempo médio de internação foi de 24,2 dias.

Diante das condições de saúde observadas no momento da admissão, 23,5% apresentaram complicações com evoluções para amputações de membros, 5,9% lesão encefálica adquirida e 70,6% síndrome da fadiga pós Covid-19. O tempo médio do período de reabilitação física foi de 118 dias.

A prevalência das comorbidades encontradas previamente à Covid-19 foi a Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (58,8%), seguida de distúrbios respiratórios como asma e DPOC (17,6%) e diabetes e dislipidemias (11,8%). Apenas 17,3% não apresentaram nenhuma comorbidade.

Quanto a capacidade de locomoção, a maioria apresentou prejuízo de marcha (52,9%), sendo: 41,1% necessidade de auxílio de aditamentos e 11,8% tornaram-se cadeirantes. Já em relação a locomoção preservada, 47,1% apresentaram marcha livre, sem prejuízo significativo. Com relação a capacidade funcional, por intermédio da Medida de Independência Funcional (MIF) e relacionado aos domínios de atividade e participação, pode-se notar melhora significativa ($p=0,001$) na pontuação inicial referente ao momento da admissão do indivíduo com relação a pontuação final referente ao momento da alta do programa de reabilitação (Tabela 1).

Tabela 1. Dados não normais de acordo com o teste de normalidade referente a medida de avaliação (MIF)

Variável	Admissão/inicial	Alta/final	Valor-p	Cohen's d
MIF	112 [104-115]	116 [111-118]	0,001	1,17

MIF (Medida de Independência Funcional); Dados não normais apresentados em mediana [intervalo interquartil]

Discussão

A presente pesquisa trata-se de um estudo retrospectivo com análise descritiva de 17 casos de pacientes que foram infectados pelo Covid-19. Todos os casos foram analisados conforme dados demográficos, características clínicas e seus

respectivos desfechos basais.

Estudos recentes destacaram a forte correlação de condições de saúde subjacentes com a infecção por covid-19 e seu impacto no estado funcional, incluindo desfechos basais relacionados as comorbidades como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e doenças de caráter respiratório.⁵

Na presente pesquisa a maioria dos participantes relataram alguma comorbidade prévia à condição, sendo, HAS, distúrbios respiratórios ou diabetes o que corrobora com o estudo de Incerti et al.⁶ cujas comorbidades prévias evidenciaram fatores prognósticos pejorativos ao estado funcional quando analisado o perfil de impacto da doença. No entanto, a maioria das comorbidades supracitadas são condições associadas e também tipicamente comuns à idade avançada. Portanto, entende-se que há maiores fatores de risco quando associado a idade avançada com condições comorbidas o que de fato ocorre na presente pesquisa e no estudo de Incerti et al.⁶

Notavelmente, as condições pejorativas ao impacto da doença também foram observadas em pacientes infectados e internados em unidades de terapia intensiva, principalmente aqueles que necessitaram de procedimentos avançados como a suplementação de oxigênio e ventilações mecânicas como descrito no estudo de Wang et al.⁷

Um dos principais desfechos potenciais após necessidade de procedimentos avançados durante o período infeccioso é a síndrome pós UTI (PICS) a qual corresponde a desfechos com impactos diretos no funcionamento físico-funcional.

Pant et al.⁸ discutiram a prevalência de limitações funcionais em pacientes recuperados utilizando a escala de status funcional pós-Covid-19 através de um estudo transversal e, em sua conclusão evidenciaram uma prevalência de limitação funcional em 43,4% do total de sua amostra o que infere correlação com nosso estudo, o qual através do instrumento de independência funcional evidenciou algum comprometimento em suas capacidades funcionais.

Conclusão

Altas taxas percentis relacionadas aos estados clínicos e funcionais inferem uma correlação com a necessidade de procedimentos avançados e o tempo de internação durante a fase aguda da doença. A comorbidade mais encontrada previamente foi a HAS, o que pode ter contribuído e influenciado no estado de gravidade da doença.

Referências

- Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, a worldwide public health emergency. Rev Clin Esp (Barc). 2021;221(1):55-61. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.03.001>
- Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine. Recommendations for respiratory rehabilitation of coronavirus disease 2019 in adult. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020;43(4):308-14. Doi: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206>
- Murray A, Gerada C, Morris J. We need a Nightingale model for rehab after covid-19. HSJ; 2020.

4. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: an overview. *J Transl Int Med.* 2017;5(2):90-2. Doi: <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>
5. Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R, et al. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory-Confirmed Coronavirus Disease 2019 - COVID-NET, 14 States, March 1-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(15):458-64. Doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e3>
6. Incerti D, Rizzo S, Li X, Lindsay L, Yau V, Keebler D, Chia J, Tsai L. Prognostic model to identify and quantify risk factors for mortality among hospitalised patients with COVID-19 in the USA. *BMJ Open.* 2021;11(4):e047121. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047121>
7. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020 Mar 17;323(11):1061-9. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
8. Pant P, Joshi A, Basnet B, Shrestha BM, Bista NR, Bam N, et al. Prevalence of Functional Limitation in COVID-19 Recovered Patients Using the Post COVID-19 Functional Status Scale. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2021;59(233):7-11. Doi: <https://doi.org/10.31729/jnma.5980>

Dependência de dispositivo auxiliar ventilatório em pacientes portadores de atrofia muscular espinal

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204848

Lethícia Silva Santos, Thais Cristine Cardoso Ribeiro, Raíssa Freitas de Paula Oliveira, Kissy Rodrigues Borges, Rodrigo Parente Medeiros

Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo

Palavras-chave: Atrofia Muscular Espinal, Respiração Artificial, Reabilitação

A Atrofia Muscular Espinal ou Amiotrofia Espinal (AME) é caracterizada pela degeneração de neurônios motores na medula espinal e tronco encefálico. Possui 4 subtipos, AME tipo I, II, III e IV. Acomete aproximadamente 1:10000 nascidos vivos. A Hipotonia, hiporreflexia, atrofia progressiva da musculatura proximal e axial são os sintomas principais, que frequentemente geram complicações respiratórias e dependência de dispositivo auxiliar para oxigenação. A principal causa de óbito são complicações associadas ao aparelho respiratório.

Objetivo

Descrever o perfil respiratório de pacientes com AME tipo I, II e III de um serviço de reabilitação. Com o objetivo secundário de quantificar os óbitos e suas causas, promovendo a reflexão sobre a importância do diagnóstico precoce, instituição de tratamento quando indicado e diminuição da mortalidade.

Método

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo da revisão dos prontuários de pacientes com AME tipo I, II e III, entre 2018 a 2020, no Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), em Goiânia-Goiás.

Realizou-se levantamento por CID-10 referente à AME, e após busca ativa para obtenção de informações específicas. Foi autorizado pelo CEP do CRER, CAAE 36813220800000023. Em análise estatística utilizou-se ferramentas do Excel 2016, com resultados em forma de porcentagens em gráficos.

Resultados

Tendo em vista 44 pacientes do presente estudo, com diagnósticos de AME, percebeu-se que 38,6% possuem respiração espontânea e 61,4% dependentes de dispositivo auxiliar para ventilação. Ao individualizar os diagnósticos, conforme exposto na Figura 1, foi observado que dos portadores de AME tipo I, 100% apresentaram necessidade do dispositivo respiratório ao longo da progressão da doença, sendo 57,15% com ventilação mecânica e traqueostomia, 42,85% com ventilação não invasiva (VNI).

Dos diagnosticados com AME tipo II, 5,3% faziam uso de ventilação mecânica, 68,4% de VNI e 26,3% respiravam espontaneamente. Dos com AME tipo III, nenhum necessitou de ventilação mecânica, 33,4% dependiam de VNI e 66,6% respiravam espontaneamente. Em relação aos óbitos, expostos na Figura 2, foram encontrados 4, sendo 1 portador de AME tipo I em uso de ventilação mecânica e traqueostomia, 1 com AME tipo III em uso de VNI e 2 com AME tipo II, ambos em uso de VNI, todos apresentaram a causa mortis associada a complicações respiratórias.

PERFIL RESPIRATÓRIO EM PACIENTES COM AME

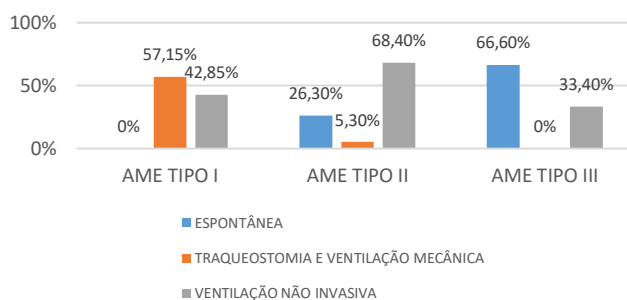


Figura 1. Prontuários de pacientes com AME tipo I, II e III

RELAÇÃO ENTRE ÓBITOS E TIPOS DE VENTILAÇÃO EM PACIENTE COM AME

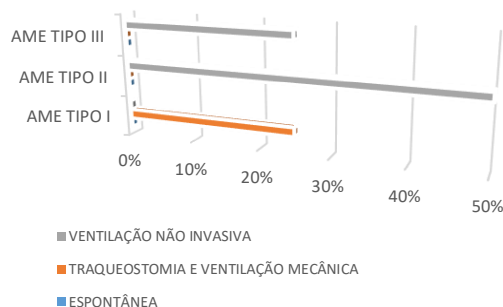


Figura 2. Prontuários de pacientes com AME tipo I, II e III