

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

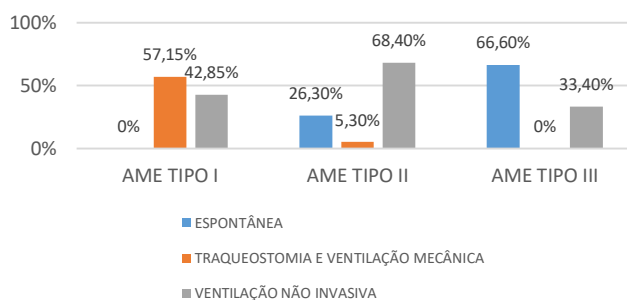


Figura 1. Prontuários de pacientes com AME tipo I, II e III

RELAÇÃO ENTRE ÓBITOS E TIPOS DE VENTILAÇÃO EM PACIENTE COM AME

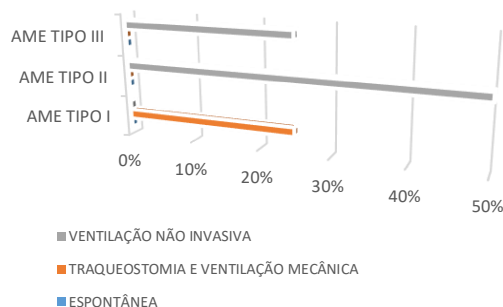


Figura 2. Prontuários de pacientes com AME tipo I, II e III

Discussão

A epidemiologia encontrada correlaciona com a literatura atual, AME tipo I é mais dependente de dispositivos para ventilação devido à história natural da doença, o tipo II apresentou dependência intermediária e o tipo III em maioria respiravam espontaneamente. Em relação aos óbitos a causa mortis associada a complicações respiratórias também está em consonância com os estudos atuais. No entanto, nesta amostra obtivemos maior mortalidade em AME tipo II e com VNI, e isso pode estar relacionado ao grupo com maior quantidade de paciente portadores de AME tipo II. Importante dizer que destes pacientes somente 4 fizeram uso de terapia modificadora, que a longo prazo aparentemente não modificou o prognóstico, mas pode ter retardado a progressão.

Conclusão

Dessa forma, fica claro a necessidade de políticas públicas para o diagnóstico precoce e estímulo ao acompanhamento com especialista, minimizando intercorrências e complicações associadas ao uso de dispositivos para ventilação, com intuito de aumentar a qualidade de vida e diminuir os óbitos.

Referências

- Zanoteli E, Perez ABA, Marrone CD, Bernardo WM. Atrofia Muscular Espinhal (AME) - diagnóstico e aconselhamento genético. São Paulo: AMB; 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atrofia muscular espinhal 5q tipos I e II. Brasília (DF): Conitec; 2022.
- Chrun LR, Costa LRC, Miranda GS, Almeida FM. Atrofia muscular espinhal tipo I: aspectos clínicos e fisiopatológicos. Rev Med (São Paulo). 2017;96(4):281-6. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i4p281-286>
- Fernandes TV, Medeiros RP, Maemura LM, Batista MR, Matos JAF, Oliveira RFP. História natural da atrofia muscular espinhal: padrão de sobrevivência. BJD. 2022;8(7):50067-75. Doi: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n7-089>
- Freitas SLS. Atrofia Muscular Espinhal (AME), promissoras terapias: uma revisão bibliográfica. Campina Grande: Anais III CONBRACIS/Realize; 2018.
- Sousa GC, Almeida BO, Vilela GR, Ferreira JMS, Honorato LA, Santos MCC, et al. Atrofia muscular espinhal: possíveis impactos do rastreio precoce no teste do pezinho ampliado. REAS. 2021;13(9):e8510. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e8510.2021>
- Queiroz ENS, Martins LLF, Silva DCA, Moura PSL, Gomes GG, Campos PIS, et al. Dispositivos ventilatórios não invasivos em crianças portadoras de atrofia muscular espinhal tipo I. BJHR. 2019;2(5):4824-34. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n5-079>
- Muntadas Rausei JA. Cribado neonatal en atrofia muscular espinal: un desafío para cambiar la historia natural. Rev Hosp Ital B Aires; 2021;41(2):71-78.

Perfil epidemiológico dos pacientes em um ambulatório de toxina botulínica na cidade de Taubaté/SP

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204854

Tássia Soldi Tuan, Maria Angélica Ratier Jajah Nogueira

Centro de Reabilitação Lucy Montoro de São José dos Campos

Palavras-chave: Toxinas Botulínicas Tipo A, Perfil Epidemiológico, Reabilitação

Segundo a OMS reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”.¹ Outra ação do SUS que caminha em paralelo com a reabilitação é a assistência terapêutica e farmacêutica integral com a criação do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional/Alto Custo.²

Dentre as medicações tem-se a Toxina Botulínica tipo A (TBA) utilizada no tratamento de diversas patologias como: espasticidade, distonias, bruxismo, dores crônicas, cefaleias e sialorreia. O principal distúrbio motor tratado com uso de TBA é a espasticidade definida como o aumento do tônus muscular decorrente de uma lesão neurológica que apresenta aspectos clínicos próprios e faz parte das manifestações encontradas nas síndromes do motoneurônio superior.³

As principais causas de espasticidade são: acidente vascular cerebral (AVC), traumatismo cranioencefálico (TCE) e traumatismo raquimedular (TRM), em adultos, e paralisia cerebral (PC), em crianças. Sendo que 60 a 78% dos pacientes com TRM e 70 a 80% dos pacientes com PC, evoluem com espasticidade.⁴

O diagnóstico da espasticidade é clínico, identificada através do exame físico utilizando-se a escala de Ashworth modificada,⁵ e seu tratamento é multifatorial, não sendo indicado medidas isoladas.

O número de estudos associando o uso da TBA aos tratamentos das patologias supracitadas vem aumentando ao longo do tempo, no entanto, as análises de perfil epidemiológico a fim de documentar os resultados, ainda são poucos.

A cidade do estudo, Taubaté/SP, fica localizada no estado de São Paulo, com uma rede de saúde pública estruturada. O ambulatório de toxina botulínica está inserido na rede de saúde e serve de referência para 10 municípios da região. As aplicações de toxina botulínica são realizadas pelo médico Fisiatra assim como o seguimento do paciente.

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em uma unidade especializada de saúde para aplicação de toxina botulínica no Município de Taubaté/SP, no período de 01-01-2016 a 31-12-2020.

Método

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, São José dos Campos/SP. Este trabalho se caracteriza como estudo longitudinal retrospectivo no qual foram analisados os