

Complicações secundárias da reabilitação tardia na lesão medular: relato de caso

Daniel Rubio de Souza¹, Ana Carolina Marques Pereira de Siqueira², Guilherme Tetsuo Yokoy Numakura², Chen Chieng Yuan¹

¹Divisão de Medicina Física e Reabilitação do Instituto de Ortopedia e Traumatologia; Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Médico Residente de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Palavras-Chave: Traumatismos da Medula Espinal, Reabilitação, Relesões

INTRODUÇÃO

A lesão medular é uma das mais devastadoras condições incapacitantes que acometem o ser humano. Apresenta impactos significativos tanto para o paciente e família quanto para o sistema de saúde. A atenção inadequada a estes pacientes pode gerar complicações secundárias que aumentam as incapacidades e os custos em saúde. É imprescindível que o paciente e sua família sejam assistidos e treinados por equipe multiprofissional desde fase aguda para que se evite este desfecho desfavorável.

Ainda que este seja um consenso, muitos pacientes deixam de receber estes cuidados por motivos que variam de falta de acesso a equipe de reabilitação, falta de conhecimento técnico ou condições socioeconômicas desfavoráveis. As consequências da ausência deste atendimento podem ser catastróficas.

OBJETIVO

Relatar o caso de um paciente com lesão medular que desenvolveu complicações secundárias por falta de atendimento reabilitacional.

MÉTODO

Análise de prontuário.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 33 anos, previamente hígido, em 05/23 foi avaliado no ambulatório de lesão medular (LM) da Fisiatria do IOT/HCFMUSP. Encaminhado pela cirurgia plástica (HCFMUSP), por complicações de trauma raquimedular por acidente automobilístico ocorrido em 06/21. Tratado com artrodese de coluna em 07/21. Pela gravidade do quadro, foi avaliado pelas equipes de bucomaxilofacial, clínica médica, neurocirurgia e cirurgia vascular. Todavia, recebeu alta hospitalar sem avaliação da equipe de fisiatria do hospital. Desenvolveu várias complicações algumas iniciadas antes da alta hospitalar. Na avaliação fisiátrica, realizada após espantosos 2 anos de lesão (Figura 1), apresentava paraplegia espástica completa nível T4, desnutrição, automatismos e espasticidade graves, disreflexia autonômica, deformidades musculoesqueléticas (deformidade em ventania em quadris) e lesões por pressão profundas.



Figura 1. Avaliação fisiátrica

Não realizava cateterismo vesical limpo intermitente e não tinha nenhum equipamento de tecnologia assistiva. Era totalmente dependente para suas atividades de vida diária. Destacamos que esta condição poderia ser evitada com o atendimento e atenção adequados. Apesar de ter sido atendido por múltiplos profissionais de saúde em hospital quaternário, as demandas preventivas e reabilitacionais não foram atendidas. Tais complicações geram sofrimento físico e emocional, expõem o paciente a risco de morte prematura, atrasa processo de recuperação funcional e diminuem o potencial de independência do indivíduo.

Após atendimento, paciente foi medicado para espasticidade, submetido a bloqueio neuroquímico com toxina botulínica e fenol, recebeu orientação nutricional, iniciou uso de sonda vesical de demora (para transição para cateterismo intermitente a posteriori), orientação para cuidados com a LPP e prescrição de cadeira de rodas e cadeira de banho. No retorno, após 2 meses, apresentava grande melhora do estado geral, ganho de peso, não tinha mais crises de disreflexia autonômica e aguardava correção cirúrgica da LPP pela cirurgia plástica para encaminhamento a programa de reabilitação (Figura 2). No entanto, as deformidades em membros inferiores não puderam ser completamente paliadas.



Figura 2. Retorno avaliação fisiátrica, após 2 meses

CONCLUSÃO

A atenção à saúde da pessoa com LM necessita de cuidado redobrado pela possibilidade de instalação rápida e, por vezes definitiva, de complicações secundárias que põem em risco a vida e a funcionalidade do paciente. Para evitá-las, é necessária reabilitação precoce cuja responsabilidade é de todos os profissionais da cadeia de atendimento do paciente. Dessa forma, a falta de atenção às condutas preventivas, antes de chegar ao serviço especializado em reabilitação, deve ser considerada negligência grave.

REFERÊNCIAS

Campea S, Patel H. SCI Traumatic Part Two: Treatment and Practice [text on the Internet]. Rosemont; American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation; c2021 [cited 2024 feb 2]. Available from: <https://now.aapmr.org/sci-traumatic-part-2/>

Anson CA, Shepherd C. Incidence of secondary complications in spinal cord injury. *Int J Rehabil Res.* 1996;19(1):55-66. Doi: [10.1097/00004356-199603000-00006](https://doi.org/10.1097/00004356-199603000-00006)

Benetti DC, Alexandre L, Tokuno TMK, Salles ICD. Reabilitação pós-lesão medular (fase aguda e subaguda inicial). In: Brito CMM editor. Reabilitação hospitalar: manual do Hospital Sírio-Libanês. Barueri: Manole; 2020.

Biering-Sørensen F, Bickenbach JE, El Masry WS, Officer A, von Groote PM. ISCoS-WHO collaboration. International Perspectives of Spinal Cord Injury (IPSCI) report. *Spinal Cord.* 2011;49(6):679-83. Doi: [10.1038/sc.2011.12](https://doi.org/10.1038/sc.2011.12)

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Moser GAS, Gelbcke FL, Aguiar DCM, Schoeller SD, Castro FFS. Independência funcional da pessoa com lesão medular: do trauma à primeira internação. *Rev Port Enf Reab.* 2020;3(1):70-75. Doi: [10.33194/rper.2020.v3.n1.9.5764](https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.9.5764)

Composição corporal em pacientes com osteoartrite de joelho

Rosana Aparecida de Freitas Lopes¹, Luciana Silva de Salles¹, Tainan Dias Carvalho¹, Marta Imamura², Linamara Rizzo Battistella²

¹Instituto de Medicina Física e Reabilitação, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo

²Departamento de Medicina Legal, Bioética, Medicina do Trabalho e Medicina Física e Reabilitação, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo

Palavras-chave: Osteoartrite do Joelho, Impedância Elétrica, Dieta Saudável

INTRODUÇÃO

A osteoartrite de joelho (OAJ) é a forma mais comum de artrite

em adultos e uma das principais causas de anos vividos com incapacidade. A OA é caracterizada por dor crônica e perda de mobilidade. A OAJ é um grande fardo para os sistemas de saúde do mundo. O Ministério da Saúde do Brasil patrocinou uma pesquisa de políticas e sistemas de saúde para investigar novas intervenções para aperfeiçoar o cuidado de pessoas com dor crônica incapacitante por OA primária (OA PRONAS). A OAJ apresenta como fatores de risco idade, peso corporal, além de componentes genéticos.

OBJETIVO

Avaliar a composição corporal e hábitos alimentares dos participantes da pesquisa.

MÉTODO

Analisamos a composição corporal de 60 pacientes com diagnóstico de OA primária. Utilizamos o índice de massa corporal (IMC) para avaliação global. Para avaliar a composição corporal a Bioimpedância (Inbody 370S, *Ottoboni, Rio de Janeiro, Brasil*) para quantificar o % de gordura e índice de massa muscular esquelética apendicular. Para avaliação dos hábitos alimentares, utilizamos o registro de 24 horas e questionário de frequência alimentar para o cálculo do índice de alimentação saudável adaptado.

O diagnóstico de OA foi realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia e pelos critérios de graduação radiográfica de Kellgren-Lawrence. Participantes com diagnóstico clínico e radiológico de osteoartrite de joelho foram convidados a participar do estudo e incluídos após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido previamente aprovado pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Comitê de Ética para Análise do Protocolo de Pesquisa CAAE: 86832518.7.0000.0068.

RESULTADOS

Foram avaliados 60 pacientes sendo 43 do sexo feminino. Segundo o IMC índice de massa corporal (IMC) 30 (69,7%) pessoas do sexo feminino são obesas, 4 (9,30%) apresentaram sobrepeso, 7 (16,28%) estavam eutróficas e 2 (4,65%) com baixo peso segundo a classificação OPAS 2003.

Com relação ao percentual de gordura corporal 42(97,67%) apresentaram gordura corporal em excesso com risco de doenças associadas a obesidade segundo Lohman, 1991. Pelo índice de massa magra apendicular (SMI) 5 (11,63%) pessoas apresentaram baixa massa muscular, porém duas delas apresentaram baixo peso e 1 eutrofia.

Em relação aos hábitos alimentares 18 apresentaram índice de alimentação saudável adaptado (IASAD) menor que 71 indicando alimentação de baixa qualidade. Enquanto 22 (51,16%) pelo IASAD a dieta precisa de melhorias. Enquanto 3 (6,98%) apresentaram dieta de boa qualidade.

Foram avaliados 17 pacientes do sexo masculino. Segundo o IMC 11 (64,71%) pessoas do sexo masculino são obesas, 2 (11,76%) apresentaram sobrepeso, 3 (17,65%) estavam eutróficas e 1 (5,88%) com baixo peso segundo a classificação Opas 2003.

Com relação ao percentual de gordura corporal 13 (76,47%) apresentaram gordura corporal em excesso com risco de doenças associadas a obesidade, 2 (11,76%) estão com gordura corporal acima da média e 2 (11,76%) na média segundo Lohman,