

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO-FUNCIONAL DE PACIENTES APÓS TRAUMA RAQUIMEDULAR EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIAS EM GOIÂNIA

Anna Paula Nogueira¹, Lucas Silvério Borges da Silva¹, Suellen Silva Moreira¹, Erika Letícia Gomes Nunes², Leticia de Souza Pereira³, Giulliano Gardenghi⁴

¹ Residente de fisioterapia em urgência e trauma no Hospital de Urgências de Goiás

² Preceptora de fisioterapia em urgência e trauma no Hospital de Urgências de Goiás

³ Presidente do grupo técnico da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás (SESG)

⁴ Tutor de fisioterapia do programa de urgência e trauma do Hospital de Urgências de Goiás

annafisio02@gmail.com

INTRODUÇÃO

A lesão da medula espinhal ocorre em cerca de 15 a 20% das fraturas da coluna vertebral.¹ O trauma raquimedular (TRM) é considerado uma importante causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo que os traumas de alta energia, como os acidentes automobilísticos e quedas de altura são as principais causas.² Frequentemente está associado a traumatismo cranioencefálico e múltiplas fraturas.³

OBJETIVOS

Analisar o perfil epidemiológico e clínico funcional dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular internados em um hospital de urgências em Goiânia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado em um hospital público, referência em traumas. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa com Seres Humanos do Hospital de Urgência de Goiás -HUGO (CAAE: 53513221.5.0000.0033), sob parecer 5.347.523.

Os pacientes que passaram pelo critério de inclusão receberam informações acerca dos objetivos da pesquisa, dos questionários e do TCLE. A avaliação foi realizada de forma individual e teve duração de aproximadamente 60 minutos por participante, sendo esse tempo distribuído em dois momentos, primeiramente para avaliação do nível de consciência através da escala de coma de Glasgow (ECG), aplicação da ficha de avaliação clínica, epidemiológica

e sócio demográfico, Questionário de Classificação Socioeconômica (ABEP) e a Medida de Independência Funcional prévia (MIF). Em um segundo momento próximo a alta foi realizada a avaliação funcional, com a Escala de *Ashworth* Modificada, ASIA e a MIF atual.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 45 pacientes, o sexo masculino prevaleceu entre os entrevistados perfazendo 77,8%, com a média de idade de $45,07 \pm 19,09$ anos, similar aos estudos que apontam o predomínio desta população^{4,5,6}. Esse índice pode ser justificado pela maior exposição dos homens a comportamentos sociais e culturais que os fazem assumir maiores riscos frente à violência, aos riscos urbanos, exigências profissionais, prática de esportes, dentre outros.

Entre as causas do TRM, o acidente de trânsito (automobilístico e motociclístico) foi o mais relatado pelos participantes com 48,9% (n=22), seguido por queda de altura com 26,7% (n=12). Alguns autores apontam o trauma automobilístico como sendo a maior causa de TRM.^{5,6} Isso reflete a importância para campanhas na busca de um comportamento que evite exposição a situações de risco, sendo necessário gerar intervenções de acordo com as necessidades da região.^{7,8}

Quando analisada a procedência, observou-se que a maioria era proveniente do interior 73,3% (n=33). Outros estudos realizados com o mesmo perfil de pacientes constataram também uma maior incidência de indivíduos do interior.^{5,9,10} Esses resultados podem ser justificados devido a precariedade dos serviços de saúde no interior, necessitando muitas vezes de regulação para a capital.

Em nosso estudo, os pacientes com TRM, na sua maioria possuíam nível médio completo ou incompleto, totalizando 75,6% e a maioria se enquadra na classe socioeconômica C pela ABEP. Pesquisas similares realizadas em outras regiões encontraram resultados diferentes, em que os pacientes que mais frequentemente apresentaram TRM possuíam baixo grau de escolaridade (fundamental incompleto ou completo), demonstrando uma incidência de 53,7%, 63,3% e 86,7% respectivamente.^{1,11,12}

A média de dias de internação na enfermaria foi de $24,51 \pm 16,82$. Quanto ao tipo de tratamento adotado, observou-se que 71,1% (n=32) dos pacientes necessitaram de intervenção cirúrgica. No que diz respeito à região afetada, a transição toracolombar (64,4%) foi a mais prevalente, seguida pela região cervical (24,4%). A literatura justifica esta maior incidência de lesão na transição da região toracolombar, cervical e lombar, devido à grande mobilidade desta região e instabilidade, propiciando fraturas com consequente lesão medular.¹³

Em relação a caracterização da lesão foram avaliados dados relacionados à escala da ASIA, nível motor, sensitivo e neurológico. Com relação a classificação, 9 (20%) foi de lesões grau A, 1 (2,2%) de grau B, 5 (11,1%) grau D, e 30 (66,7) grau E. Quanto ao tipo de lesão, a maior prevalência foi a lesão incompleta com 36 indivíduos (80%), e 9 indivíduos (20%) com lesão completa. A casuística desse estudo revelou que o nível neurológico de lesão mais acometido foi à região torácica (18%), seguido pela cervical (13,2%) e lombar (4,4%), permaneceram sem comprometimento neurológico 29 participantes (64,4%).

Do total de pesquisados, 16 pacientes apresentaram lesão associada ao trauma, sendo as lesões mais frequentes as fraturas de membros inferiores (MMII) (43,8%), fraturas de membros superiores (MMSS) (25%), lesão pulmonar (18,8%) e TCE leve (12,5%). Observou-se que 16 (35,6%) evoluíram com alguma complicação relacionada com o TRM. Segundo Sezer et al,¹⁴ as complicações secundárias agudas e de longo prazo são frequentes em pacientes com TRM, com destaque para infecções respiratórias, insuficiência respiratória, hipotensão ortostática, disreflexia autonômica, bexiga e intestino neurogênico, espasticidade, dor, ossificação heterotópica e as LPP.

No total 10 pacientes (22,2%) apresentaram LPP, que no presente estudo esta esteve associada com um tempo maior do que 30 dias de internação. Observou que a classificação da ASIA está relacionada ao surgimento de LPP, evidenciando-se que ser classificado como ASIA A associa-se com maior incidência de LPP. O risco de uma pessoa com lesão medular internada na enfermaria desenvolver LPP logo após o trauma é alto, visto que permanece em movimentação em bloco por um longo período e por muitas vezes a mudança de decúbito é negligenciada. Esta alta incidência de LPP e de outras complicações pode ser a responsável pela alta média de dias de internação primária, é importante que as medidas de prevenção de LPP já estejam implementadas desde a fase aguda do trauma e a mudança sistemática de decúbito implementada e realizada.¹⁵

Observa-se que apresentar dependência modificada está associado com apresentar complicações, uma vez que 90% daqueles que foram classificados com dependência modificada, apresentaram complicações, sendo as mais evidenciadas LPP, infecção urinária e pneumonia, respectivamente. Houve diferenças estatisticamente significativas entre a classificação da ASIA e a MIF, sendo que indivíduos classificados como ASIA A possuem maior associação com dependência modificada. Já os classificados como ASIA E estão associados com independência modificada. Observou-se que apresentar lesão completa está ligado a menores valores da MIF.

CONCLUSÃO

As vítimas de TRM neste estudo foram geralmente originadas por acidente automobilístico e queda de altura, atingindo principalmente pacientes adultos jovens do gênero masculino, em idade economicamente ativa, acometendo principalmente a região torácica. Observou-se que alguns participantes apresentaram LPP durante a internação na unidade, houve associação dessa complicação com um tempo maior de internação. A maioria dos indivíduos que tiveram LPP foram classificados como ASIA A, o local de surgimento mais frequente foram o sacro e o calcanhar.

O nível neurológico de maior prevalência foi o torácico, as principais intercorrências clínicas foram a LP, infecção urinária e pneumonia. Quanto à independência funcional, foi possível verificar com a Escala da MIF, que os indivíduos classificados como ASIA A possuem maior associação com dependência modificada.

REFERÊNCIAS

1. Defino HLA. Trauma raquimedular. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1999;32(4):388-400. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v32i4p388-400>
2. Martins S. Pronto socorro: medicina de emergência. 3 ed. Barueri: Edi. Manole; 2013, p. 647-650.
3. Araujo AO, Ferronato DS, Rocha ID, Marcon RM, Cristante AF, Filho TEPB. Perfil Das Vítimas De Trauma Raquimedular Atendidas Em Uma Unidade De Referência De São Paulo. *Coluna/Columna*. 2018;17(01): 47-52. <https://doi.org/10.1590/S1808-185120181701178599>
4. Brito LMO, Chein MBC, Marinho SC, Duarte TB. Avaliação epidemiológica dos pacientes vítimas de traumatismo raquimedular. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*. 2011;38(5):163-167. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912011000500004>
5. Junior MFS, Bastos BPR, Jallageas DN, Medeiros AAA. Perfil epidemiológico de 80 pacientes com traumatismo raquimedular, internados no Hospital Pronto-Socorro Municipal de Belém, PA, no período de janeiro a setembro de 2002. *J Bras Neurocirurg*. 2002; 3(3):92-8. DOI: <https://doi.org/10.22290/jbnc.v13i3.417>
6. Moraes AMF, Dias CP, Carneiro SR, Rocha RSB. Perfil Epidemiológico E Clínico De Pacientes Com Traumatismo Raquimedular De Um Hospital Público No Estado Do Pará. *Revista CPAQV*. 2020;12(1):2-9. <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs->

7. Devivo M J. Epidemiology of traumatic spinal cord injury: trends and future implications. *Spinal Cord*. 2012; 50(5):365-72. doi: 10.1038/sc.2011.178. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22270188.
8. Dionyssiotis Y. Spinal cord injury-related bone impairment and fractures: an update on epidemiology and physiopathological mechanisms. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2011;11(3):257-65. PMID: 21885901.
9. Santos RS, Almeida MLO, Silva MF. Perfil clinico e epidemiológico de pacientes com traumatismo raquimedular. 2013;14(3):215-220. DOI: <https://doi.org/10.33233/fb.v14i3.394>
10. Magalhães MO, Sousa ANB, Costa LOP, Pinto DS. Avaliação em pacientes com traumatismo raquimedular: um estudo descritivo e transversal. *ConScientiae Saúde* 2011;10:69-76. ID: lil-583324
11. Feng HY, Ning GZ, Feng SQ, Yu TQ, Zhou HX. Epidemiological profile of 239 traumatic spinal cord injury cases over a period of 12 years in Tianjin. *J Spinal Cord Med* 2011;34(4):388-94. doi: [10.1179/2045772311Y.0000000017](https://doi.org/10.1179/2045772311Y.0000000017)
12. Mendes PV, Araújo MR. Análise epidemiológica dos pacientes com lesão raquimedular internados no centro de reabilitação e readaptação Dr. Henrique Santillo. W Gate. 2006. Disponível em: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/raquimedular_paulo/raquimedular_paulo.htm
13. Garcia SB. Primeiros Socorros: Fundamentos e prática na comunidade, no esporte e ecoturismo. São Paulo: Atheneu; 2005. p.137-9
14. Sezer N, Akkuş S, Uğurlu FG. Chronic complications of spinal cord injury. *World Journal of Orthopedics*. 2015;6(1):24-33. doi: [10.5312/wjo.v6.i1.24](https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i1.24)
15. Biglari B, Büchler A, Reitzel T, Swing T, Gerner HJ, Ferbert T, et al. A retrospective study on flap complications after pressure ulcer surgery in spinal cord-injured patients. *Spinal Cord* [periódico na Internet]. 2013 <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2013.130>