

Estudo observacional de ganhos funcionais de pacientes com síndrome de Guillain-Barre

Observational study of functional gains in patients with Guillain-Barre syndrome

Rodrigo Parente Medeiros¹, Ana Cristina Rodrigues e Silva²

RESUMO

A Síndrome de Guillain-Barré é uma doença de baixa incidência, porém com quadro clínico súbito e preocupante na sua fase aguda. Embora seja uma doença de caráter remissivo, a importância de terapias para recuperação motora funcional tem sido solicitado precocemente pelo médico assistente. A reabilitação com objetivo de tornar o paciente independente nas atividades de vida diárias é a meta inicial da equipe multidisciplinar, e o ganho da marcha é sempre o maior desejo do paciente e de seus familiares. **Objetivo:** Avaliar o papel da reabilitação sob a forma de internação, em que o paciente recebe uma grande quantidade de estímulos num período de estabilização do quadro. **Método:** Foram avaliados 27 pacientes, com diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré, que permaneceram internados no Hospital de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia-GO, no período entre julho de 2008 a julho de 2013. **Resultados:** A análise de 27 pacientes com média de idade de 39,4 anos, estes pacientes foram admitidos na reabilitação após 47,8 dias do quadro clínico e permaneceram em média 43,8 dias internados no CRER. Comparando a recuperação da marcha em relação a idade, não foi observada diferenças de ganho entre jovens ou adultos. Quanto a Medida de Independência Funcional (MIF) a média na admissão foi de 75,2 elevando para 109,1 no dia da alta. E um dos principais fatores que interferem para esse aumento no valor do MIF foi que no fator marcha, em que 11 pacientes eram deambuladores na internação e na alta subiu para 23 ($p < 0.001$). **Conclusão:** Neste trabalho foi encontrado como significativa a relação entre a marcha na alta da internação e na admissão, houve um aumento importante entre os valores do MIF nesse mesmo período. Não encontramos relação de melhora entre o uso de imunoglobulina e melhora motora.

Palavras-chave: Síndrome de Guillain-Barré, Marcha, Reabilitação

ABSTRACT

Guillain-Barre Syndrome is a disease of low incidence but with sudden onset and disturbing in its acute phase. Even though it is a disease of spontaneous remission, therapies for motor functional recovery have been prescribed by physicians since its onset. Rehabilitation seeks to make the patient independent in his daily life activities-this is the initial goal of the multidisciplinary team, and to regain the gait is always the greatest desire of the patient and his family. **Objective:** The objective of this study was to evaluate the role of rehabilitation in the form of hospitalization, in which the patient receives a large quantity of stimuli during a period of stabilization of the clinical presentation. **Method:** 27 patients diagnosed with Guillain-Barre Syndrome were evaluated while being treated at the *Hospital de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo*, in the period between July 2008 and July 2013. **Results:** Twenty-seven patients were analyzed with a mean age of 39.4 years, who were admitted for rehabilitation after 47.8 days of clinical presentation and remained hospitalized an average of 43.8 days. Comparing gait recovery in relation to age, no differences in gain were observed among young people or adults. As for the Functional Independence Measure (FIM) the average on admission was 75.2, which increased to 109.1 at discharge. One of the main factors that contributed to this increase in the FIM value was that, in the gait factor, 11 patients were able to ambulate at admission and at discharge that number had risen to 23 ($p < 0.001$). **Conclusion:** In this study, a significant relationship was found in gait between admission and discharge, evidenced by a significant increase in the values of FIM during this period. We found no relationship of improvement between the use of immunoglobulin and improved motor skills.

Keywords: Guillain-Barre Syndrome, Gait, Rehabilitation

¹ Médico Fisiatra, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

² Médica Residente, Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo.

Endereço para correspondência:
Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER)
Rodrigo Parente Medeiros
Avenida Vereador José Monteiro, 1655,
Setor Negrão de Lima
Goiânia - GO
CEP 74653-230
E-mail: parenterodrigo@bol.com.br

Recebido em 02 de Agosto de 2014.

Aceito em 31 de Agosto de 2014.

DOI: 10.5935/0104-7795.20140014

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Guillain-Barré (GBS) é uma poliradiculoneuropatia inflamatória aguda de característica imunomediada. É a maior causa de paralisia flácida generalizada no mundo. Clinicamente apresenta-se sob forma de arreflexia e paralisia flácida aguda ascendente com acometimento da mielina na porção proximal dos nervos periféricos. Estima-se que a incidência anual seja 1-2 casos para 100.000 habitantes,¹ em casos de crianças, diminui um pouco, sendo de 0,5-1,5 casos para 100.000.² Não existem dados epidemiológicos específicos para o Brasil.

Ocorre predomínio nos pacientes do sexo masculino, na proporção de 10 para cada 5 mulheres com idade entre 30 e 78 anos.² Mais de 60% dos pacientes apresentam algum tipo de infecção nas semanas que antecedem a síndrome.² Sendo infecção respiratória a mais frequente seguida de gastrointestinal.¹ Sua etiologia está associada principalmente a causas de infecção como *Campylobacter jejuni*, citomegalovírus, vírus Epstein Barr, além das causas metabólicas como *diabetes melitus* e abuso por álcool, por intoxicação exógena devido a metais pesados e doenças sistêmicas tais como lupus eritematoso sistêmico, sarcoidose e Doença de Hodgkin. Outros fatores precipitantes de menor incidência são cirurgia, imunização e gravidez.³

A forma mais comum da Síndrome de Guillain-Barré é a poliradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda. Outros subtipos são: Neuropatia axonal motora aguda, neuropatia axonal sensitivo-motora aguda e síndrome de Miller-Fisher.³

A Neuropatia axonal sensitivo-motora aguda se inicia com anormalidades sensitivas nas extremidades e com evolução mais rápida da fraqueza generalizada. O prognóstico é pior do que o da SGB e a maioria dos casos exhibe recuperação motora lenta e incompleta. Devido a impossibilidade de diferenciação clínica, ambas são tratadas de forma semelhante.

A Neuropatia axonal motora aguda, inicia de forma abrupta com fraqueza generalizada com músculos distais mais gravemente afetados do que os proximais. Sintomas sensitivos estão ausentes e os reflexos tendinosos podem ser normais. Pacientes apresentam boa recuperação dentro do primeiro ano, mas fraqueza distal residual é comum.

A Síndrome de Miller-Fisher caracterizada pela tríade ataxia, arreflexia e oftalmoplegia. A recuperação em geral ocorre após 2 semanas do início dos sintomas com evolução favorável após 3-5 meses.³

A evolução da doença é geralmente favorável, dependendo da natureza do processo patológico (axonal ou desmielinizante). A recuperação ocorre entre a segunda e quarta semana da instalação da patologia. Cerca de 10% dos pacientes permanecem com incapacidade residual grave; pouca ou nenhuma recuperação, acontece após dois anos de evolução da doença; 2-5% dos pacientes morrem nas fases iniciais da doença provocada por complicações como disautonomia ou falência orgânica, nas fases mais tardias, estão relacionadas com a imobilização prolongada e infecções bacterianas. 30% desenvolvem alterações da sensibilidade vesical e ou arreflexia vesical, 20% mantêm algum déficit após 12 meses.⁴ 3% dos pacientes apresentam recorrência da síndrome.²

Plasmaférese é considerado o primeiro tratamento para Síndrome de Guillain-Barré. Se realizada dentro de 7 dias de início dos sintomas alcança de forma mais rápida um adequado grau funcional e evita as recorrências.³ Pode ter complicações como hipotensão, infecção da linha venosa e em menor frequência, hemólise e embolia.² Quando usado em crianças tem um bom prognóstico com melhora de 85% dos casos.⁵

OBJETIVO

Avaliar os pacientes com diagnóstico de GBS internados num hospital de reabilitação e avaliar o grau de melhora destes pacientes graduados em escalas de funcionalidade.

MÉTODO

Foram analisados de forma retrospectiva os dados contidos nos prontuários dos pacientes com diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER) no período compreendido entre julho de 2008 a julho de 2013. Como critério de inclusão era preciso que o diagnóstico estivesse firmado e que esses pacientes tenham feito acompanhamento médico e com a equipe multiprofissional com intuito de reabilitação. Como critério de exclusão se os pacientes não tivessem todos os dados necessários. O programa *Microsoft® Excel 2007* foi usado para tabulação dos dados e a análise estatística foi realizada pelo programa *SPSS® for Windows®*, versão 16.0 utilizando como nível de significância, o valor 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram encontrados um total de 27 pacientes e analisados quanto ao uso de plasmaférese ou imunoglobulina durante o curso da doença, também foram avaliados os seguintes fatores: marcha na chegada e marcha na alta, Medida de Independência Funcional (MIF) na admissão e na alta da internação e quanto a presença de disfagia. Todos os pacientes foram admitidos no serviço sob a forma de internação em que se objetiva a reabilitação do paciente. Portanto esses pacientes permanecerem internados sob os cuidados de um fisiatra e em terapias com a equipe multiprofissional que incluem fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, enfermagem, nutrição e assistente social.

A amostra incluía 27 pessoas que eram admitidas em média 47,8 dias após o evento (com desvio padrão de 31,8 dias sendo o mínimo de 5 e o mais tardio com 120 dias após o evento). Quanto ao tempo de permanência na reabilitação a média foi de 43,8 dias (desvio padrão de 27,9) e a média de idade é de 39,4 anos, variando entre 8 e 74 anos.

Dentre as 27 pessoas do estudo 14 eram do sexo masculino e 13 do sexo feminino, foram divididos por faixa etária em 3 grupos (menor que 30 anos, entre 30 e 40 anos e maior que 41 anos) encontrado $p = 0,348$ não demonstrando significância quanto a idade do paciente na amostra. Avaliando a mesma subdivisão de faixa etária foram avaliadas quanto a marcha na admissão e a marcha na alta hospitalar ($p = 0,233$ e $p = 0,199$ respectivamente) demonstrando que em termos de melhora quanto a marcha não faz alteração em relação à idade do paciente.

Dos 27 pacientes, 16 (59,3%) não faziam marcha na admissão, e na alta, obteve-se melhora para 23 (85,2%) pacientes, sendo $p < 0,001$ (analisado pelo teste de McNemar). Tentando fazer uma associação entre ganho da marcha (pacientes que não deambulavam, mas que conseguiram deambular no momento da alta) com uso de imunoglobulina, foi possível perceber que 11 pacientes tiveram ganho de marcha, sendo que desses 6 (54,5%) receberam imunoglobulina e 5 não; também obtendo um $p = 0,231$ (teste de Fischer) não sendo possível afirmar que o uso de imunoglobulina tem relação com a melhora na marcha do paciente.

Na comparação dos fatores com a Medida de Independência Funcional (MIF), 23 pacientes apresentavam MIF da entrada, mas

apenas 18 com MIF na alta, portanto foram considerados para efeito de cálculo apenas os que possuíam MIF de entrada e saída. O valor do MIF varia entre 18 e 126. A média da MIF de entrada foi de 75,2 (com desvio padrão de 26,7), enquanto a MIF de saída teve com média 109,1 e desvio de 22,2. Portanto alcançando numa variação de MIF (saída menos entrada) de média de 32,4 (tendo uma variação que foi desde 1 a 81).

Feito uma regressão linear para avaliar a variação da MIF com o tempo de permanência na internação e encontrado $p = 0,256$ não sendo possível referir que quanto mais tempo de reabilitação maior foi o ganho da MIF. Feito comparação entre a variação da MIF e uso de imunoglobulina ($p = 0,777$).

Nas análises avaliadas, o uso da imunoglobulina só foi estatisticamente significante quando comparada ao tempo de chegada ao CRER, ou seja, na relação entre estabilização do quadro clínico para iniciar as terapias.

Não foi possível estabelecer relações com uso de plasmáfereze, pois apenas 2 pacientes (7%) foram submetidos a esse procedimento.

Quanto a continência vesical apenas 1 paciente encontrava-se incontinente e recebeu alta com mesmo padrão de controle de esfínteres.

DISCUSSÃO

A GBS é doença imunomediada em que tem caráter de remissão espontânea podendo deixar alguma incapacidade residual. Na internação para reabilitação esses pacientes foram submetidos em média a 12,3 sessões/semana de fisioterapia, 11,7 de terapia ocupacional e 6,6 sessões de fonoaudiologia por semana. Esses pacientes são admitidos ainda na fase aguda do quadro para que seja feito, desde o princípio, a recuperação funcional, seja motora ou cognitiva. Assim o paciente sente menos o impacto da condição clínica da doença.

A avaliação inicial inclui a grau de atividade física que esse paciente pode ser submetido. Pois numa internação a quantidade de terapias diárias aumenta o débito cardíaco e a frequência respiratória do paciente podendo levar a piora clínica. Portanto, para cada paciente é avaliado o tipo e o nível de esforço a que será submetido. Durante a internação é feito avaliação de disfagia e traqueostomia. Nos pacientes em estudo 7 tinham disfagia e 3 traqueostomia. Sendo importante o trabalho

da fonoaudiologia e nutrição para a primeira e fisioterapia respiratória na segunda. Cuidados com a cânula são necessários para evitar fístulas e estenoses traqueais.

A profilaxia para trombose venosa profunda (TVP) é recomendada para pacientes em reabilitação com uso de anticoagulantes e meias compressivas. Nossa instituição (CRER) oferece um protocolo de prevenção da TVP e tromboembolismo pulmonar, com objetivo de evitar piora clínica proveniente da síndrome do imobilismo ocasionada no início do quadro. Identificar grupos de riscos: alto, médio e baixo risco e para cada grupo será um tipo de profilaxia.⁶

Sintomas como dor muscular, depressão e fadiga são comuns. Sendo importante a contínua avaliação da equipe para não associar fatores que possam impedir a melhora do paciente. Usando quando necessário tratamentos como terapia ocupacional, antidepressivos, analgésicos, TENS.³

A Medida de Independência Funcional (MIF) definida como um instrumento que avalia a incapacidade de pacientes com restrições funcionais. Tem como objetivo principal avaliar de forma quantitativa a capacidade de uma pessoa de realizar uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária como autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126. Estão descritos dois domínios na MIF, o motor e o cognitivo.⁷

No caso dos pacientes com SGB, a MIF mantém em valores mais altos, pois é uma doença de alterações motoras, ou seja, a pontuação da parte cognitiva é sempre total. Então a variação de MIF entre entrada e saída é de maior valor, pois indica somente ganhos motores. Os pacientes analisados tiveram uma elevação da MIF de 75,2 para 109,1 sendo que 9 tiveram valores entre 120 e 126 e destes 4 obtiveram valor máximo. Mostrando que receberam alta com total independência funcional.

A marcha independente é considerada mesmo que o paciente necessite de meios auxiliares. Nesse estudo foi possível verificar um ganho significativo entre a admissão e alta do paciente, elevando de 11 para 23 deambuladores. Avaliando somente a marcha na alta com o tempo de chegada no CRER

encontrou-se $p = 0,02$ sendo que os que conseguiram deambular foram admitidos com média de 41,7 dias do quadro enquanto os que não deambulavam na alta chegaram na Instituição com 80,7 dias. Entendendo com isso, que o quanto antes forem iniciadas as terapias, melhor será o prognóstico de marcha.

CONCLUSÃO

Não foi possível estabelecer relações entre o uso de imunoglobulina e melhora funcional, nem mesmo de melhora da marcha com melhora na MIF, sendo isso, talvez pelo tamanho da amostra disponível para pesquisa, seja pela dificuldade de obtenção de dados secundários e até mesmo informações incompletas no prontuário.

Fontes de financiamento

O artigo não recebeu qualquer forma de financiamento para a sua realização. Como também não apresenta conflitos de interesses relevantes a serem citados.

REFERÊNCIAS

1. Hughes RA, Rees JH. Clinical and epidemiologic features of Guillain-Barre syndrome. *J Infect Dis.* 1997;176 Suppl 2:S92-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1086/513793>
2. Beneti GM, Silva DLD. Síndrome de Guillain-Barré. *Semina: Ciênc Biol Saúde.* 2006;27(1):57-69.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 497, de 22 de dezembro de 2009. Estabelecer parâmetros sobre a síndrome de Guillain-Barré no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença [texto na Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF):* 2009 Dez 22 [citado em 2014 Ago 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0497_22_12_2009.html
4. Khan F, Amaty B, Ng L. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe patient-reported disability: a comparison of Guillain Barré syndrome with multiple sclerosis in a community cohort. *J Rehabil Med.* 2010;42(8):708-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0592>
5. Erazo TR. Síndrome de Guillain Barré en pediatria. *Medicina (B. Aires).* 2009;69(1 Supl 1):84-91.
6. Olivé JM, Castillo C, Castro RG, Quadros CA. Epidemiologic study of Guillain-Barré syndrome in children <15 years of age in Latin America. *J Infect Dis.* 1997;175 Suppl 1:S160-4.
7. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* 2004;11(2):72-7.