

Lízia Fernanda Sarmiento dos Santos; Ana Cristina Machado Leão; Giselly Machuk Fernandes; Suzana Sales de Aguiar.
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. Rio de Janeiro – RJ.

INTRODUÇÃO

A perda ponderal relacionada ao câncer está diretamente associada ao esgotamento das reservas nutricionais, exacerbando o processo de catabolismo muscular que contribuirá negativamente na síntese proteica.^(1,2) A menor sobrevida de pacientes oncológicos em estágio avançado está relacionada com os efeitos deletérios deste catabolismo, e em virtude do aumento progressivo das internações em terapia intensiva é essencial atentar para fraqueza relacionada ao paciente crítico, que apresenta incidência de 30% a 60% em pacientes não oncológicos.^(3,4,5)

OBJETIVOS

Avaliar a força muscular periférica de pacientes oncológicos críticos após utilização de ventilação mecânica invasiva, descrevendo características clínicas, sociodemográficas, e incidência da fraqueza muscular adquirida na UTI por meio da escala *Medical Research Council* (MRC).

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de coorte prospectivo realizado no Instituto Nacional de Câncer, entre setembro e novembro de 2015. Incluídos pacientes maiores de 18 anos, em ventilação mecânica invasiva por no mínimo dois dias, com escore 0 a -1 na Escala de Agitação e Sedação de Richmond (RASS), estáveis hemodinamicamente. Os critérios de exclusão foram: distúrbios osteomioarticulares; distúrbios neurológicos que acometessem a função motora; agitação psicomotora ou RASS \geq +1. Foram coletadas variáveis como sexo, idade, motivo de admissão, clínica de origem, escore MRC (Medical Research Council) no dia da extubação do paciente e no momento da alta para avaliar a manutenção ou alteração da força muscular periférica, tempo total de ventilação mecânica, sucesso ou falha na extubação, uso de ventilação não-invasiva (VNI), tempo total de internação.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Realizada análise descritiva da população por meio das medidas de tendência central, de dispersão e distribuição de frequência. A diferença média dos escores MRC de acordo com a idade, sexo e tipo de admissão, foi testada por Test t de Student com significância estatística de $p < 0,05$. Para avaliar a alteração dos escores de MRC após a extubação e na alta da UTI, foi realizada a diferença de média (Teste t de Student), sendo considerado intervalo de confiança de 95%, e teste de *Wilcoxon Signed Ranks Test*. Para análise estatística dos dados foi utilizado o programa SPSS, versão 20.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo sete pacientes, com média de idade de 50,29 (DP 22,49) anos, sendo 57,1% do sexo masculino com predominância da admissão clínica. A média de dias de ventilação mecânica foi 6,00 (DP 2,89), e o tempo total de internação 13,86 (DP 9,03). A média de pontos do MRC após extubação foi 38,14 (DP 6,28), classificando os pacientes como portadores de fraqueza significativa, e na alta da UTI houve melhora da força muscular, com uma média de 49,29 (DP 7,54), assumindo um valor estatisticamente significativo ($p < 0,003$). Quando a amostra foi distribuída em categorias clínicas (idade, sexo e tipo de admissão), apesar da força muscular periférica ter apresentado melhora em todas categorias, não houve relevância significativa em virtude do número amostral pequeno.

Tabela 3 – Alteração do escore entre as avaliações do Medical Research Council (MRC) (média).

	Após extubação	Alta da UTI	Diferença entre as avaliações		Wilcoxon Signed Ranks Test				
			Média (DP)	Média (DP)	Média (IC95%)	Valor de p	Negativo	Positivo	Inalterado
							a	b	c
<i>Medical Research Council</i> (MRC)	38,14 (6,28)	49,29 (7,54)	11,14 (5,41 a 16,88)	0,003	0	6	1		

Os parâmetros em negrito foram estatisticamente significantes;

* A diferença entre a média das avaliações de MRC foi analisada usando o Wilcoxon test; ** Kolmogov-Smirnov test $p > 0,05$

a. Escore MRC na alta da UTI < Escore MRC após extubação; b. Escore MRC na alta da UTI > Escore MRC após extubação; c. Escore MRC na alta da UTI = Escore MRC após extubação;

IC: Intervalo de Confiança; N: Número de pacientes.

CONCLUSÃO

Apesar das características clínicas que predisõem a fraqueza muscular no paciente oncológico crítico, estes podem recuperar a força muscular periférica quando assistidos globalmente em um programa fisioterapêutico de reabilitação precoce. Sendo observada melhora significativa na força muscular entre a extubação e alta da UTI, e pacientes com MRC mais altos necessitaram de menor tempo de suporte ventilatório invasivo e de internação.

REFERÊNCIAS

- Eldridge B. Terapia Nutricional para Prevenção, Tratamento e Recuperação do Câncer. In: Mahan KL, Stump SE. Alimentos, Nutrição & Dietoterapia. São Paulo: Roca. 2005
- Stevens RD, Marshall SA, Cornblath DR, Hoke A, Needham DM, de Jonghe B, et al. A framework for diagnosing and classifying intensive care unit-acquired weakness. *Crit Care Med.* 2009 Oct; 37(10 Suppl): S299-308. <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b6ef67>.
- Taccione FS, Artigas AA, Sprung CL, et al. Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs. *Crit Care.* 2009; 13: (R15).
- Globocan. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. [Internet] 2012 [citado 02 de agosto de 2015]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- Maramatton BV, Wijdicks EF. Acute neuromuscular weakness in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006; 34(11): 2835-41. Review.

E-mail:fernanda_sarmiento@hotmail.com