



Avaliação de Associação entre a realização de craniotomia e a mortalidade em pacientes com traumatismo cranioencefálico

de Oliveira NB*, Londero DLC, dos Santos VASR, Konzen TM, Dallago AL, Lazzari D, Simon D, Cecchini A, Regner A

Medicina – Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Apoio FAPERGS

E-mail para contato: natalliaboff@gmail.com

INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é a principal causa de morbimortalidade em indivíduos entre 1 e 44 anos. Uma das medidas terapêuticas para esse tipo de trauma é a craniotomia- um procedimento cirúrgico no qual um fragmento ósseo é temporariamente removido do crânio para descomprimir e reduzir a pressão intracraniana. Contudo, uma possível relação entre a realização de craniotomia e mortalidade tem gerado controvérsias em relação às indicações desse procedimento no TCE grave.

OBJETIVO

Analisar a potencial associação entre a realização de craniotomia e a mortalidade em pacientes com TCE grave internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Luterana do Brasil (protocolo CEP-ULBRA 2008-239H). Foi realizada uma análise retrospectiva de uma coorte prospectiva, com 427 vítimas de TCE grave, entre outubro de 2008 e setembro de 2011, em Porto Alegre e Região Metropolitana. Os pacientes, que realizaram ou não craniotomia, foram acompanhados diariamente até o desfecho: morte ou alta da UTI.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 427 pacientes com TCE grave, 363 (85%) homens e 64 (15%) mulheres, a maioria (58%) apresentava lesões associadas ao TCE. Quanto ao mecanismo do trauma, pôde-se observar que colisão com motocicleta, atropelamento, colisão automobilística e violência foram os mais prevalentes, com 110, 86, 61 e 103 pacientes, respectivamente. A maioria dos pacientes (92%) recebeu atendimento pré-hospitalar (APH) e 56% foram intubados ainda no APH. Houve correlação entre a não realização de intubação no APH e maior mortalidade ($p=0,045$).

De um total de 417 casos analisados, 49% realizaram craniotomia, mas não houve correlação entre a realização de craniotomia e a mortalidade ($p=0,448$) ou o escore na GCS na admissão hospitalar ($p=0,257$). Contudo, houve correlação significativa entre a realização de craniotomia e o mecanismo de lesão ($p<0,0001$) e a presença de lesões associadas ao TCE ($p=0,002$). Apenas 23% dos pacientes tiveram a pressão intracraniana monitorizada, enquanto 53% receberam manitol. A maioria (72%) dos pacientes internados na UTI apresentou infecção. A mortalidade na UTI foi de 31%, contudo o protocolo de morte encefálica foi aplicado em apenas 30% dos pacientes que evoluíram para o óbito.

Tabela 1 - Características dos pacientes com TCE grave estratificados pelo desfecho

Características*	(não sobreviventes / sobreviventes)			P valor
	TCE (n = 427)	Sobreviventes (n = 295)	Não sobreviventes (n = 132)	
Idade, anos	36,0±14,7	35,6±13,9	36,8±16,3	0,760
GCS na admissão hospitalar	5,7±1,9	5,9±1,8	5,1±1,8	<0,001*
PAS	135,4±29,8	137,2±27,8	131,8±33,3	0,264
PAD	80,2±21,6	80,7±21,3	79,0±22,2	0,733
Tempo entre o trauma e desfecho em dias (média)	13,6±11,6	16,3±10,9	7,9±10,9	<0,001*

Tabela 1 - Características dos pacientes com TCE grave estratificados pelo desfecho (não sobreviventes / sobreviventes)

GCS: Glasgow Coma Scale; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Os dados são apresentados como média ± DP ou, quando indicado, o número e/ou (%) dos pacientes.

* Significativamente diferente do grupo de sobreviventes (quadrado, $p<0,05$).

CONCLUSÃO

Foi verificado que a realização de craniotomia não apresentou correlação com a mortalidade na UTI em pacientes com TCE grave.