

## TAXA DE MORTALIDADE POR CAUSAS NEUROCIRURGICAS EM IDOSOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Autor: Rafael de Oliveira Sousa<sup>1</sup>; Co-autores: José Angelo Araújo Sampaio<sup>1</sup>; Francisco Sormanni Farias Lucena<sup>2</sup>; Lis Maria Farias Sousa Borges<sup>1</sup>; Orientador(a): Kelsilene Farias Lucena<sup>3</sup>

1- Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro Do Norte (FMJ);  
Email:rafael300591@hotmail.com

2- Mestrando da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC); Email: posgraduacao@fmabc.br.

3- Doutoranda da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC); Email: posgraduacao@fmabc.br.

### INTRODUÇÃO

A introdução de tecnologias avançadas, o aumento do número de idosos e a gravidade dos casos resultaram em cuidados intensivos cada vez mais caros, tornando a efetividade clínica e o custo-eficiência das unidades de terapia intensiva (UTIs) aspectos de suma importância no cuidado a pacientes extremamente doentes<sup>1</sup>. Essa tendência mundial vem alertando para a necessidade de melhorar os respectivos recursos em saúde, principalmente no que tange às medidas consideradas de alto custo, uma vez que os idosos são os maiores consumidores<sup>2</sup>.

Em países ocidentais, a percentagem de indivíduos acima de 65 anos representa 18% da população geral, respondendo por 45,5% das admissões hospitalares. Em relação a diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cerca de 60% são consumidas por indivíduos acima de 65 anos de idade. Em pacientes acima de 75 anos, os custos por diária de UTI chegam a ser sete vezes superior, quando comparados com os de pacientes com idade inferior a 65 anos<sup>3</sup>.

Dentre os motivos de admissão em UTI de neurocirurgia temos as de origem não traumática e os de origem traumática, estas no Brasil, ocupam a terceira posição nas causas de óbitos<sup>4-5</sup>. Entre janeiro de 2008 e abril de 2010, observaram-se aproximadamente dois milhões de internamentos. Nos idosos a causa mais comum de trauma são as quedas, seguidas por acidentes de trânsito e violência (principalmente a doméstica), sendo os homens o principal grupo de risco<sup>6-7</sup>.

Dentre as causas não traumáticas temos os tumores cerebrais e as doenças cerebrovasculares (DCVs) que constituem a terceira causa de morte nos países desenvolvidos<sup>8</sup>, sendo responsáveis por 9-14,7% dos óbitos na população acima de 30-40 anos<sup>9-10</sup>. Além disso, observa-se aumento na incidência das DCVs com o avançar da idade, de 100/100000 indivíduos com idade entre 45-54 anos, para acima de 1800/100000 naqueles com idade superior a 85 anos<sup>11</sup>.

A epilepsia é de longe a mais prevalente das condições neurológicas graves, aumentando de duas a quatro vezes a taxa de mortalidade<sup>11, 12,13</sup>. Sua incidência é de 30-50 casos por 100000/ano, com uma prevalência de 5-9 por 1000 habitantes<sup>14</sup>.

Buscando melhorar o atendimento ao idoso crítico, objetivou-se, através deste estudo, identificar a taxa de mortalidade dos pacientes geriátricos atendidos em nossa UTI, procurando conhecer os principais motivos de admissão.

## METODOLOGIA

- **Delineamento do estudo**

Tipo descritivo, retrospectivo com 68 pacientes idosos admitidos no hospital e maternidade Santo Antônio localizado na cidade de Barbalha-Ce.

- **Pacientes e métodos**

Foram analisados pacientes de ambos os gêneros e com idades acima de 60 anos, admitidos no Setor de terapia intensiva do hospital estudado, no período de janeiro a julho de 2015. As variáveis estudadas através de um questionário previamente elaborado foram: idade, gênero, causas de admissão na unidade de terapia intensiva, diagnóstico final no prontuário, ocorrência de óbito ou alta da UTI.

A análise estatística dos dados foi feita através do programa Microsoft Office Excel 2013.

## RESULTADOS

No período de estudo foram admitidos 235 pacientes, sendo 73 pacientes (31%) com idade igual ou superior a 60 anos, a média de idade foi de 72,7 anos, 31(42,7%) do gênero

masculino e 42(57,3%) do feminino. Motivos da admissão: Traumatismo crânio-encefálico 20 (27%), Acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico ou isquêmico 14 (19%), tumor cerebral 14 (19%), rotura de aneurisma cerebral 16 (21%), crise convulsiva prolongada 5(6%) e Pós-operatório de cirurgia de coluna vertebral 4(5%). Mortalidade geral 28 pacientes (38%), sendo 16 masculino (57%) e 12 (43%). A mortalidade por causas específicas foi a seguinte: 16 por traumatismo craniano (57%),6 por AVE (21%),4 por rotura de aneurisma cerebral (14%) e finalmente 2 por tumor cerebral (8%).

## DISCUSSÃO

Pacientes idosos foram responsáveis por um elevado número de admissões na UTI estudada (31%). Como se era esperado, observamos uma alta taxa de mortalidade geral nos pacientes idosos acometidos por afecções neurocirúrgicas, sendo o traumatismo craniano o principal motivo de admissão no CTI e também a com maior mortalidade quando levado em consideração as causas específicas; uma ligeira maior taxa de mortalidade no gênero masculino; os pacientes com cirurgias eletivas como as de coluna vertebral tiveram um bom prognóstico, sem nenhum óbito, fato justificado pelo melhor preparo cirúrgico e avaliação adequada dos riscos inerentes ao procedimento. Àqueles com crises convulsivas sem afecção neurocirúrgica diagnosticada, também não tiveram nenhum desfecho desfavorável (óbito), provavelmente por terem sido de curta duração e rapidamente controladas.

## CONCLUSÕES

Pacientes idosos foram responsáveis por um elevado número de admissões na UTI estudada, o traumatismo craniano, no geral tem uma elevada taxa de óbito. Os serviços de UTI neurocirúrgicas precisam estar bem preparados para recepção e cuidado de pacientes idosos, pois estes estão dentre os grupos de maior risco de mortalidade.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs: a systematic review of risk factors and outcomes. Chest. 2000;118(2):492-502.
2. Nagappan R, Parkin G - Geriatric critical care. Crit Care Clin, 2003;19:253- 270.

3. Adelman RD, Berger JT, Macina LO - Critical care for the geriatric patient. Clin Geriatr Med, 1994;10:19-30.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Morbidade hospitalar do SUS por causas externas – por local de internação – Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. [acessado em 19 de julho de 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/fiuf.def>.
5. Biazin DT, Rodrigues RAP. Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná. Rev esc enferm USP. 2009; 43(3): 602-8.
6. Gaioli CCLO, Rodrigues RRP. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16(3):465-70.
7. Kalimo H, Kaste M, Haltia M. Vascular diseases. In Graham DI, Lantos PL (eds). Greenfield's Neuropathology. 6. Ed.Vol I. London: Arnold, 1997:315-396.
8. Torvik A, Stenwig JT. Changes in frequency of cerebrovascular diseases in Oslo, Norway, 1958-1977. Stroke 1981; 12:816-823.
9. Karwinski B. Cerebrovascular disease at autopsy and in the death statistics for the county of Hordaland, Norway. APMIS 1993; 101:269-274.
10. Ellison D, Love S, Chimelli L, et al. Neuropathology: a reference text of CNS pathology. London: Mosby, 1998:9.1-9,28;10.1-10.25.
11. Shorvon SD. The epidemiology and treatment of chronic and refractory epilepsy. Epilepsia 1996;37(Suppl):S1-S3.
12. Gomes MM. Mortalidade relacionada à epilepsia: diferenças demográficas - Brasil 1979-1987. Rev Bras Neurol 1993;29:11-14.
13. Cavalcanti JLS, Stancher VM, Gomes MM. Epilepsia e emergência médica. Rev Bras Neurol 1997; 33:78-84.
14. Annegers JF. The epidemiology of epilepsy . In Wyllie E. The treatment of epilepsy : principles and practice. 2 Ed. Baltimore: Willians and Wilkins, 1997: 165-172.