

HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TRAUMÁTICO: Um Estudo de Caso

Marcio Rossato Badke¹
Leila Georcelei de Brizola Perdonssini²
Indiara Sartori Dalmolin³
Marcelo Machado Sassi³

RESUMO

Este trabalho foi elaborado a partir de um estudo de caso sobre Hematoma Subdural Agudo Traumático de um paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de um hospital de médio porte da região norte do Rio Grande do Sul (RS). Tem o objetivo de aprofundar as informações referentes às causas, conseqüências, diagnóstico clínico e abordagem terapêutica. O caminho metodológico do estudo focaliza a análise qualitativa de um caso, realizado em duas etapas, a anamnese e a análise clínica do paciente. Diante da abordagem do Hematoma Subdural Agudo Traumático percebe-se que esse, vai mais além dos aspectos médicos, pois é necessário o encaminhamento correto dos casos, buscando o melhor prognóstico sem potencializar os danos. Além disso, é importante o conhecimento e a vivência de casos dessa patologia, com a finalidade de, aprimorar o conhecimento científico e exercer a prática profissional da enfermagem com maior integralidade e resolutividade da assistência.

Palavras-chave: Hematoma Subdural; Diagnóstico Precoce; Enfermagem.

¹ Professor do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM/CESNORS). Orientador do Estudo de Caso. E-mail: marciobadke@yahoo.com.br

² Autora/Relatora. Acadêmica do 5º semestre de Enfermagem na UFSM/CESNORS. E-mail: indi2007dalmolin@hotmail.com

³ Autores. Acadêmicos do 5º semestre de Enfermagem na UFSM/CESNORS. E-mail: sassimarcelomachado@yahoo.com.br e leilaperdonssini1@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O espaço situado imediatamente abaixo da meninge duramater, é o espaço subdural, que abriga os chamados hematomas subdurais, que podem ser pós-traumático ou pós-ruptura de malformações vasculares do Sistema Nervoso (SN) ou espontâneos (MOZACHI, 2007).

O Hematoma Subdural Agudo Traumático (HSAT) é uma lesão que consiste no acúmulo de sangue entre a duramáter e a aracnóide. Em contraste com o espaço extradural, este espaço é facilmente dilatado, o que possibilita o grande acúmulo de sangue com tendência do hematoma subdural a cobrir todo o hemisfério cerebral. Os hematomas subdurais tendem a localizar-se nas convexidades do cérebro, com maior frequência do mesmo lado do trauma, mas cerca de 33% dos hematomas podem se mostrar presentes contralateralmente ao trauma. Normalmente o hematoma subdural é de origem venosa, mas raramente, em casos de traumas mais graves, uma artéria do parênquima contíguo a lesão pode se romper e promover o hemotoma subdural. A mortalidade dos hematomas subdurais é extremamente alta quando o paciente não é submetido à cirurgia em tempo hábil (PIRES e STARLING, 2006).

No Brasil segundo dados do DATASUS no ano de 2008 ocorreram 79.099 internações por traumatismos intracranianos com 8.201 óbitos, a taxa de mortalidade foi de 10,37%. Tais internações demandaram um gasto superior a 81 milhões de reais à União Federativa. A região sudeste foi a que apresentou maior prevalência de casos com 36.919 traumatismos intracranianos e 4.072 óbitos, constituindo uma taxa de mortalidade de 11,03%. Na região sul do Brasil houve 14.690 internações por esta morbidade, com 1.145 óbitos, perfazendo uma taxa de mortalidade de 7,79%, sendo esta a mais baixa o país.

Em se tratando da faixa etária com maior prevalência de internações por traumatismo intracraniano, segundo o DATASUS no ano de 2008, 28,7% dos pacientes internados têm entre 15 e 29 anos de idade, destes, a imensa maioria é do sexo masculino, 82%, e somente 18% do sexo feminino.

Entende-se por traumatismo cranioencefálico (TCE) todo trauma que atinge o encéfalo, alterando principalmente os níveis de consciência. O TCE divide-se em leve, moderado e grave. No TCE leve enquadram-se os indivíduos com nível de consciência entre 13 e 15 na avaliação da Escala de Coma de Glasgow, no TCE moderado os níveis de consciência encontram-se entre 9 e 12 e no TCE grave entre 6 a 9 na Escala de Coma de Glasgow (PIRES e STARLING, 2006).

Uma das complicações do TCE é o Hematoma Subdural Agudo Traumático HSAT que ocorre em cerca de 1 a 5% de todas as lesões traumáticas sobre o crânio e em 22% dos TCE graves. O HSAT é clinicamente diagnosticado por lesões com desvio das estruturas medianas inferior a 5 mm, volume inferior a 30cm³ (quando supratentorial) ou 16cm³ (quando infratentorial), área inferior a 2 cm² e cisternas basais patentes podem ter conduta conservadora (ANDRADE, et al, 2001).

Os principais sinais e sintoma do HSAT são cefaléia intensa, sonolência excessiva ou insônia, irritabilidade, ansiedade ou labilidade emocional, desmaio, fraqueza, diminuição da força nas pernas, formigamento ou adormecimento no corpo, dificuldade de falar ou entender, de memória, ou para se concentrar, distúrbio de personalidade ou de comportamento, confusão mental ou piora progressiva da consciência, náuseas, vômitos, tonturas ou convulsão [...] (ANDRADE, et al, 2001).

A avaliação por imagem do TCE, no atendimento emergencial, deve ser realizada preferencialmente pela tomografia computadorizada (TC). A TC além de diagnosticar fraturas ósseas, também pode avaliar lesões parenquimatosas e hemorragias ou coleções extra-axiais. As radiografias simples do crânio apresentam melhores resultados que a TC para o diagnóstico de fraturas, mas a avaliação limita-se à análise óssea, e não fornece informações precisas sobre o parênquima, por isso a radiografia é desnecessária nesse contexto. Por outro lado, a Ressonância Magnética (RM) pode fornecer informações superiores às da TC em relação ao parênquima e a coleções extra-axiais, principalmente hemorragia subaracnóide (HSA). Além disso, trata-se de um exame mais oneroso e demorado. Na emergência o

tempo é crucial, e nem sempre é possível contar com a cooperação do paciente, que habitualmente não deve ser sedado. A RM pode ser indicada em casos de piora clínica sem evidências de lesões à tomografia, principalmente nos casos de suspeita de lesão axonal difusa, lesões isquêmicas secundárias em fase aguda, no seguimento de lesões parenquimatosas graves e na avaliação tardia de complicações do trauma. Os aspectos de imagem variam conforme a localização e o tempo de evolução do coágulo (PIRES e STARLING, 2006).

As lesões traumáticas podem ser classificadas em primárias e secundárias. Nas lesões traumáticas primárias encontra-se fratura óssea, laceração de partes moles e hematoma subgaleal; Hemorragia extra-axial: hematoma epidural, hematoma subdural agudo traumática, hematoma subdural crônico e hemorragia subaracnóide; Lesões intra-axiais: lesão axonal difusa, contusão cortical, lesão na substância cinzenta profunda, lesão no tronco cerebral e hemorragia intraventricular/plexo coroíde. Nas lesões traumáticas secundárias encontra-se, herniações cerebrais, isquemia traumática (infartos) e edema cerebral difuso (PIRES e STARLING, 2006).

O HSAT classifica-se como uma lesão traumática primária. Está localizado entre as meninges dura-máter e aracnóide. Apresenta morfologia tipicamente, e são geralmente maiores que o Hematoma Extradural em extensão. Pode atravessar suturas, mas não as inserções da dura-máter. É unilateral em 85% dos casos, sendo os locais mais freqüentes a convexidade fronto-parietal e a fossa média. Os HSAT inter-hemisféricos isolados e parafalcinos podem ocorrer, mesmo em casos de traumas leves (PIRES e STARLING, 2006).

Os HSAT são causados por estiramento com lesão das veias corticais que percorrem o espaço subdural. Estas lesões ocorrem por mudanças súbitas na velocidade da cabeça e podem estar associadas à ruptura da membrana aracnóide, produzindo uma mistura de sangue e líquido no espaço subdural. Ademais, o HSAT está entre as lesões mais letais causadas pelo TCE e ocorre em 10 a 20% dos TCE graves (PIRES e STARLING, 2006).

O aspecto clássico do HSAT é de uma coleção extra-axial com morfologia em crescente, homogeneamente hiperatenuante, que se localiza na convexidade do hemisfério afetado. Quando os HSAT são heterogêneos, podem conter sangue não coagulado, líquido (se houve laceração da aracnóide), ou líquido seroso que é eliminado da retração do coágulo (PIRES e STARLING, 2006).

O emprego de drenos subdurais em neurocirurgia de maneira geral se faz após drenagem de hematoma subdurais crônicos, mas também, em hematomas subdurais agudos traumáticos. Utilizam-se drenos maleáveis e delicado (cateteres tipo ventriculares ou similares) conectados a sistemas coletores dos mais variados tipos como, por exemplo, bolsas de drenagem ventricular externa. Nestes casos a drenagem se faz por ação da gravidade, daí a importância de serem colocados sempre em nível abaixo da cabeça do paciente. Outro detalhe, de suma importância é que não se deve permitir a entrada de ar no sistema, o que poderia levar ao acúmulo de ar no espaço subdural, condição conhecida como pneumoencéfalo, que pode até mesmo se tratar de um pneumoencéfalo hipertensivo, causando grande aumento da pressão intracraniana (PIC) e requerer cirurgia de emergência (MOZACHI, 2007).

O conhecimento das interfaces clínicas que envolvem o HSAT, assim como, a necessidade de um diagnóstico e intervenções precoces, são imprescindíveis para o profissional enfermeiro, em vista de ser o indivíduo presente na abordagem inicial dos casos de traumas em unidades de pronto-atendimento e emergência, visando um encaminhamento efetivo que garanta um prognóstico positivo. Além disso, o HSAT é uma lesão associada a pancadas cranianas, logo, é necessário realizar um atendimento integral, que investigue não só a lesão, mas todo o contexto que a cerca, inclusive nos aspectos de violência doméstica, porquanto que, idosos e crianças são públicos altamente afetados por este problema social, cultural e de saúde pública. Um dado clínico importante refere-se à questão que, nos idosos e nas crianças que sofreram maus tratos os HSAT são freqüentemente bilaterais (PIRES e STARLING, 2006).

MÉTODOS

Este trabalho caracteriza-se por um estudo de caso. O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. O método do Estudo de Caso é considerado um tipo de análise qualitativa. Entende-se por abordagem qualitativa aquela que é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2007).

Esse estudo envolveu um indivíduo acometido por um HSAT, que se encontrou hospitalizado em fase pós-operatória de drenagem intracraniana na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de médio porte da região norte do Rio Grande do Sul (RS). Foi realizado em duas etapas. Na primeira etapa foi feita a anamnese identificando a história do paciente. Segundo Barros (2002) anamnese é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde que tem a intenção de ser um ponto inicial no diagnóstico de uma doença. É uma entrevista que busca lembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Após, procedeu-se a análise clínica do caso, ressaltando, todas as interfaces inerentes ao mesmo.

Participou do estudo, um único paciente internado em um hospital de médio porte do Norte do RS, que sofreu uma queda da própria altura, resultando em HSAT. Sendo assim, o único critério para a realização do estudo, foi o aceite voluntário do paciente, no caso, a filha foi a responsável, pois o mesmo encontrava-se sedado e inconsciente em pós-operatório para colocação de dreno de sucção (portovac). Quanto aos critérios de exclusão, foi considerado o responsável não querer participar do estudo, não assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como o familiar aceitou participar do estudo, e assinou o TCLE, um ficou em mãos dos pesquisadores e outro foi entregue ao familiar.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos conforme a resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A identidade e privacidade do paciente foi respeitada, sendo assegurado ao mesmo que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos.

Este estudo proporcionará maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo para a construção de conhecimentos teóricos e para a qualificação da prática do cuidado a pacientes com HSAT.

Durante este estudo o paciente foi chamado de X o que manterá o seu anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

X, do sexo masculino, com setenta e sete anos, viúvo, agricultor, natural de Campo Novo, mas residente na cidade de São Martinho/RS há dez anos. Foi tabagista durante 25 anos, atualmente está em abstinência há nove meses. Referiu não fazer uso de bebida alcoólica.

Na história clínica da doença, a familiar relatou que o HSAT apareceu após uma pancada na calota craniana, provocada por uma queda da própria altura, doze dias depois, realizou uma consulta médica devido à presença de cefaléia intensa e vertigem, foi diagnosticado o HSAT, que necessitou de intervenção cirúrgica imediata para colocação de dreno de sucção. Além disso, o paciente é portador de Úlcera Péptica e faz uso de medicação contínua para este fim.

No período de hospitalização na UTI o paciente fez uso das seguintes medicações: Plasil endovenoso (EV) que possui propriedades procinéticas e antieméticas. Dipirona EV, analgésico e antitérmico. Hidantal EV é usado em crises convulsivas, epiléticas e parciais, crises convulsivas por TCE secundárias e neurocirurgia. Ranitidina EV possui propriedades de antiúlcera péptica e inibidor de histamina H₁. Captopril sublingual (SL), hipotensor arterial, inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) e vasodilatador coronariano. Cepacaína via oral (VO), anticéptico bucal, para realizar higiene oral.

Os diagnósticos de Enfermagem em relação a esse paciente são, alteração do processo de pensamento devido à HSAT, evidenciado por desorientação. Memória prejudicada devido à HSAT, evidenciado por esquecimento da realização ou desempenho de um comportamento. Dor devido à pressão excessiva sobre órgãos ou parte do corpo evidenciada por autoconfusão e agitação motora. Náusea devido à Hipertensão Intracraniana evidenciada por sialorréia. Padrão respiratório ineficaz devido à atividade neuromuscular prejudicada evidenciado por cianose e dispnéia. Deglutição prejudicada devido a distúrbio do sistema nervoso, evidenciada por disfagia. Déficits do auto-cuidado devido a déficits cognitivos evidenciado por incapacidade para atividades manuais. Mobilidade física prejudicada devido à HSAT evidenciada por incapacidade de deambular e vertigem. Mobilidade no leito prejudicada devido à inconsciência evidenciada por incapacidade para mover-se, virar-se de posição. Comunicação prejudicada devido a danos neurológicos evidenciada pela incapacidade de pronunciar palavras. Risco para infecção devido à hospitalização evidenciado pela presença de dreno de sucção e sondagem vesical de demora (BENEDET e BUB, 2001).

Quanto aos cuidados de enfermagem com o paciente X, evidencia-se a necessidade de controle dos sinais vitais, níveis respiratórios, cardiovasculares e ficar atento aos monitores. Além de, manter a cabeceira do leito elevada em torno de 45°, para evitar o aumento da PIC. Também é importante avaliar o nível de consciência através da Escala de Coma de Glasgow, mudança de decúbito de duas em duas horas, controle hídrico, avaliação da perfusão tissular, em caso de dor administração de analgésicos conforme prescrição médica e estabelecer um meio de comunicação com o paciente a fim de estimular a verbalização do mesmo, avaliando sua cognição. Estimular a função motora e o auto-cuidado são relevantes nesse caso, bem como, instalar sonda vesical de demora, em caso do paciente permanecer inconsciente, a fim de realizar o controle hídrico. A Enfermagem deve ainda, criar um ambiente acolhedor para a família que certamente se encontra angustiada e apreensiva por ter um ente querido gravemente enfermo e ocupando um leito na UTI.

CONCLUSÕES

Ao refletir-se sobre este estudo de caso, reporta-se ao momento em que se busca conhecer mais minuciosamente as causas, características clínicas, importância do diagnóstico precoce, entre outros aspectos que contextualizam o HSAT, com o objetivo de aprimorar conhecimentos relevantes para a futura prática profissional da enfermagem.

A ocorrência de HSAT é uma complicação do TCE. O diagnóstico é difícil e deve ser sempre cogitado quando a cefaléia pós-punção da dura-máter não se resolve com o tampão sangüíneo ou piora com sua realização. No esclarecimento diagnóstico é fundamental o auxílio de um método de imagem.

Portanto a partir da realização deste trabalho, percebe-se a necessidade da realização de outros estudos científicos, principalmente pesquisas na área da enfermagem, para disponibilizar um acervo de informações concretas e atualizadas no que diz respeito ao HSAT, em especial, no que tange a visão e atuação do profissional enfermeiro, procurando abordar esse assunto muito mais além da clínica médica e diagnóstica.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, A. F.; et al. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina Diagnóstico e Conduta no Paciente com Traumatismo Craniencefálico Leve. Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Elaboração Final: 31 de Agosto de 2001. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/104.pdf Acesso em: 23 jun. 2011.
- BARROS, A. L. B. L. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BENEDET, S. A.; BUB, M. B. C. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na Teoria da Necessidades Humana e na Classificação Diagnóstica da NANDA. 2.ed. Florianópolis: Bernúnci Editora, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, p. 21082-21085, 10 out. 1996.

CROCE, M. A.; et al. Acute subdural hematoma: nonsurgical management of selected patients. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 36, 820-826. 1994. Disponível em: http://journals.lww.com/jtrauma/abstract/1994/06000/acute_subdural_hematoma_nonsurgical_management_of.12.aspx Acesso em: 22 jun. 2011.

ERNESTUS, R. I.; et al. Chronic subdural hematoma: surgical treatment and outcome in 104 patients. *Surg Neurol*. v. 48, n. 3, 1997. Disponível em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2797406> Acesso em: 22 jun. 2011.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DATASUS, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def> Acesso em: 23 jun. 2011.

MOZACHI, N. O hospital: manual do ambiente hospitalar. 7. ed. Curitiba: Os Autores, 2007.

PIRES, M. T. B.; STARLING, S. V. Manual de Urgências em Pronto-Socorro. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.