

Traumatismo abdominal no paciente idoso

Abdominal trauma in elderly patients

Unitermos: traumatismo abdominal, paciente idoso.

Uniterms: abdominal trauma, elderly patients.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar 49 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico devido a trauma abdominal com idade superior a 60 anos, no período de janeiro de 1995 a junho de 1998. Havia 44 pacientes do sexo masculino (89,8%) e 5 do sexo feminino (10,2%). O ferimento produzido por arma branca foi o mais frequentemente observado, em 26 pacientes (53,1%). Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico e a reconstrução primária intestinal, esplenectomia e hepatorrafia foram os procedimentos mais utilizados. A infecção da ferida operatória ocorreu em cinco pacientes (10,2%) e foram observados cinco óbitos devido a choque hipovolêmico (10,2%). Os autores concluem que o trauma abdominal é condição comum no paciente idoso e o tratamento cirúrgico pode ser complicado nestes pacientes.

INTRODUÇÃO

O traumatismo abdominal ocorre em aproximadamente 20% das lesões civis que requerem operação. A distribuição regional, baseado no mecanismo de lesão é variável. A população de idosos tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Em 1991, a expectativa de vida de homens e mulheres ao nascer foi estimada em 72 e 79 anos, respectivamente. A proporção de pessoas acima de 65 anos tem aumentado e é esperado compreender mais de um quarto da população no ano de 2025. Muitos estudos demonstram que a doença em pacientes idosos está relacionada com mortalidade relativamente elevada, porém a mortalidade atribuída ao tratamento operatório é relativamente infreqüente^(4,13,14,23).

Um conceito importante no manejo cirúrgico do paciente idoso, como em qualquer pessoa potencialmente doente, é a questão do procedimento

eletivo ou de emergência. Relatos da literatura têm demonstrado que procedimentos de emergência estão associados com os mais elevados índices de morbidade e mortalidade. Existem diferenças nos mecanismos de lesão no paciente idoso daqueles do paciente jovem em que a queda da própria altura é o mais freqüente tipo de lesão do idoso e 70% de todas as mortes devido à queda estão na população geriátrica. O idoso pedestre é um dos principais grupos de risco para acidentes automobilísticos^(8,15,17).

Embora a incidência de lesões no paciente idoso seja menor que em outros grupos de idade, os idosos são mais prováveis de morrer por estas lesões. Um índice de mortalidade total de 15% tem sido registrado em pacientes acima de 70 anos de idade^(4,7,11).

Pretendemos com este estudo avaliar pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, vítimas de traumatismo abdominal.

Orlando Jorge Martins Torres

Professor adjunto-doutor e coordenador da Disciplina de Clínica Cirúrgica III - Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Eliane Lopes Macedo

Jeannie Valéria Gonçalves Costa

Érica Regina Gomes Picciani

Paulo Márcio Sousa Nunes

Ricardo Lima Palácio

Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Érico Brito Cantanhede

Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques - São Luís - MA.

Endereço para correspondência:

Dr. Orlando Torres - Rua Ipanema, 01
Ed. Luggano Bloco I / 204 - São Francisco
CEP 65076-060 - São Luís - MA.
E-mail: otorres@elo.com.br

© Copyright Moreira Jr. Editora.
Todos os direitos reservados.

PACIENTES E MÉTODO

No período de janeiro de 1995 a junho de 1998, foram analisados no Serviço de Cirurgia de Urgência do Hospital Municipal Djalma Marques, São Luís - MA, prontuários de 49 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, vítimas de traumatismo abdominal. Havia 44 pacientes do sexo masculino (89,8%) e 5 do sexo feminino (10,2%). A idade média foi de 67,5 anos, com extremos de 60 e 86 anos. Foram definidos como hipovolêmicos aqueles pacientes com sinais vitais registrados em prontuários

(pressão sistólica menor que 90 mmHg, pulso maior que 100 bpm), sinais clínicos (sudorese, palidez cutâneo-mucosa, oligúria) ou definições de choque, dado pelo médico que realizou o primeiro atendimento. Para localizar o ferimento utilizamos a seguinte divisão anatômica: hipocôndrio direito, epigastro, hipocôndrio esquerdo, flanco direito, mesogastro, flanco esquerdo, fossa ilíaca direita, hipogastro, fossa ilíaca esquerda, região lombar e ferimento tóraco-abdominal. As complicações pós-operatórias foram definidas como aquelas que surgiram no período em que o paciente permaneceu internado ou até 30 dias do tratamento. Foram analisadas as doenças associadas nestes pacientes.

RESULTADOS

O traumatismo abdominal foi mais frequentemente observado no grupo etário de 60 a 64 anos (Tabela 1).

Destes pacientes, 35 (71,5%) foram vítimas de ferimentos penetrantes, dos quais o agente mais comum foi a arma branca, em 26 pacientes (53,1%) (Tabela 2).

Doze pacientes (24,5%) apresentavam sinais clínicos de choque hipovolêmico na

admissão. Destes, quatro (33,3%) evoluíram para óbito. A anestesia geral foi utilizada em todos os pacientes.

A região abdominal mais atingida foi a epigástrica, em nove pacientes (18,3%) (Tabela 3).

A presença de evisceração omental ocorreu em quatro pacientes (8,2%). O tempo transcorrido entre o trauma abdominal e a intervenção cirúrgica em 20,4% dos pacientes foi inferior a 24 horas.

O tempo operatório variou de 45 a 190 minutos. Em 13 pacientes (26,6%) não foram observadas lesões de órgãos intra-abdominais (laparotomia negativa).

O órgão intra-abdominal mais atingido foi o intestino delgado em 12 pacientes (24,5%) (Tabela 4).

O procedimento cirúrgico realizado com mais frequência foi a rafia primária intestinal em 12 pacientes (Tabela 5).

Todos os pacientes fizeram uso de antimicrobianos e a ampicilina foi o mais frequentemente utilizado, em 18 pacientes (36,7%).

O tempo de internação foi de até dez dias em 43 pacientes (87,8%) (Tabela 6).

Apenas dois pacientes (4,0%) do nosso estudo apresentaram doenças associadas, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial.

As complicações pós-operatórias observadas foram fístula digestiva em dois pacientes (4,1%), infecção da ferida operatória em cinco pacientes (10,2%), atelectasia em três pacientes (6,1%) e derrame pleural em um paciente (2,0%). Não houve a associação de complicações pós-operatórias com a idade dos pacientes.

Houve cinco óbitos (10,2%), todos devido a choque hipovolêmico no transoperatório. Destes pacientes, três (60,0%) apresentaram lesão de víscera maciça (baço, dois; fígado, um) devido à contusão abdominal. Dois pacientes (40,0%) apresentaram idade maior ou igual a 80 anos.

DISCUSSÃO

Os idosos constituem o grupo de indivíduos de maior perspectiva de taxa

TABELA 1
Distribuição da frequência de trauma abdominal nos pacientes quanto à faixa etária

Faixa etária (anos)	Nº	%
60 a 64	27	55,2
65 a 69	8	16,5
70 a 74	7	14,2
75 a 79	3	6,2
>80	4	8,0

TABELA 2
Distribuição dos pacientes, de acordo com o agente do trauma

Trauma	Nº	%
Penetrante	35	71,4
- arma branca	26	53,0
- arma de fogo	9	18,4
Contuso	14	28,6

TABELA 3
Região topográfica abdominal atingida

Região	Nº	%
Epigastro	9	18,4
Mesogastro	8	16,3
Flanco esquerdo	7	14,3
Lombar	6	12,2
Tóraco-abdominal	5	10,2
Hipocôndrio esquerdo	3	6,1
Mais de uma região	11	22,5

TABELA 4
Órgãos abdominais atingidos

Órgão atingido	Nº	%
Intestino delgado	12	24,5
Lesões vasculares	11	22,5
Fígado	11	22,5
Cólon	9	18,4
Baço	8	16,3
Diafragma	3	6,1
Outros	12	24,5

Obs: Alguns pacientes apresentaram mais de um órgão lesado.

TABELA 5
Conduta cirúrgica utilizada

Conduta cirúrgica	Nº	%
Rafia intestinal	14	28,6
Esplenectomia	8	16,3
Hepatorrafia	8	16,3
Colostomia	7	14,3
Rafia vascular	3	6,1
Ligadura vascular	3	6,1
Outros	18	36,0

Obs: Em alguns pacientes foi realizado mais de um procedimento cirúrgico.

TABELA 6
Distribuição quanto ao tempo de internação

Tempo de internação	Nº	%
< 24 horas	5	10,2
entre 2 e 10 dias	38	77,6
> 10 dias	6	12,2
Total	49	100

de crescimento populacional, sendo projetada para aumentar em aproximadamente 18% nos próximos dez anos e acima de 50% nos 50 anos. Apesar de menos expostos ao trauma, apresentam maior taxa de mortalidade e, dependendo das doenças associadas, levam aos piores resultados com maiores complicações pós-operatórias e maior tempo de permanência hospitalar^(3,5,9).

Com o aumento da sobrevivência, o paciente idoso passa a se expor cada vez mais a traumatismo abdominal. No passado, o trauma relacionado a trabalho industrial era observado menos frequentemente no idoso. O aumento da independência do paciente idoso e o maior envolvimento destes em atividades como reparo do lar, práticas esportivas e atividades de recreação colocam estes pacientes em lesões de risco^(6,10).

A prevalência de doenças comórbidas ou condições preexistentes no trauma na população geral é estimado entre 8,8% e 19,3%. Estas mesmas condições preexistentes são comuns na população idosa onde durante a quarta década de vida é de 17%, na sexta década atinge 40% e se eleva para 69% na oitava década ou aos 75 anos. Tem sido observado que no grupo com condições preexistentes o mecanismo do trauma era muito mais provável ser devido a trauma contuso que na população total de trauma^(10,12,19,20,21).

O trauma contuso no idoso está aumentando rapidamente. O trauma é a quinta principal causa de morte em pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. Embora este grupo represente 11% da população, eles compreendem 25% de todos as lesões fatais^(1,2,16). O trauma contuso, com lesão de víscera maciça, observado no presente estudo, foi indicador de mortalidade no paciente idoso.

Estes pacientes frequentemente apresentam lesão esplênica ou hepática com conseqüente choque hipovolêmico. O paciente idoso tolera menos as situações de hipovolemia severa e a reposi-

ção em situações de emergência pode não ser satisfatória.

Mais importante que a idade cronológica, a doença concomitante é um fator prognóstico na avaliação do risco de intervenção cirúrgica no paciente idoso. A presença de doença significativa no sistema cardiovascular, respiratório e renal marcadamente aumentam o risco pré-operatório. A presença de distúrbios do sistema nervoso central ou outras condições médicas como câncer e diabetes são importantes indicadores prognósticos. O paciente idoso, quando comparado com o paciente jovem, apresenta resposta semelhante em situações de trauma, entretanto quando este mesmo paciente apresenta *diabetes mellitus* ou hipertensão arterial descompensados, o prognóstico se altera de forma considerável e as complicações aumentam com o número de doenças associadas^(10,15).

A presença de doenças associadas, condição comum no paciente idoso, em paciente portador de traumatismo abdominal eleva as chances desses pacientes desenvolverem complicações no pós-operatório^(19,20,21). Tem sido observado incidência de hipertensão arterial de até 20% e *diabetes mellitus* em até 30% destes pacientes. No presente estudo, observamos apenas 2% de pacientes com hipertensão arterial e 2% com *diabetes mellitus*. Não observamos interferência da doença associada nos índices de morbimortalidade. Entretanto tem sido observado que a severidade da doença e as doenças associadas são mais importantes que a idade do paciente em prever complicações pós-operatórias.

A laparotomia negativa ou não terapêutica deve ser observada com cautela no paciente idoso, pois, apesar de apresentar baixa morbidade na população geral, no paciente idoso pode apresentar-se de forma severa. Naqueles pacientes com evisceração omental, lesões de órgãos abdominais são observadas em até 80% dos pacientes^(18,22).

Diferentes estudos têm demonstrado que procedimentos de emergência

estão associados com maior índice de morbidade e mortalidade. No paciente idoso algumas condições mórbidas perioperatórias severas, como infarto do miocárdio, embolia pulmonar, alterações neurológicas, disfunção renal ou ventilação mecânica prolongada, são mais observadas no grupo de emergência (20,7% versus 7,5%).

SUMMARY

The aim of the present study is to analyze 49 patients underwent to surgical treatment due to abdominal trauma with age over 60 years old from January 1995 to June 1998. There were 44 male (89.8%) and 5 female (10.2%). The most common agent was abdominal stab wounds in 26 patients (53.1%). The patients underwent to surgical treatment and primary reconstruction of the small bowel, splenectomy and hepatorrhaphy were the most common procedures. Surgical wound infection occurred in 5 patients (10.2%) and there were 5 deaths due to hypovolemic shock (10.2%). The authors concluded that abdominal trauma is common in elderly patients and surgical treatment may be complicated in these patients.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen J.E., Schwab C.W. - Blunt chest trauma in the elderly - *Am Surg* 1985; 51: 697-701.
2. Bagwel C., Ferguson W.W. - Blunt abdominal trauma: exploratory or peritoneal lavage? *Am J Surg* 1980; 140: 368-73.
3. De Maria E.J., Pardon R.K., Merriam M. A., Casanova L.A., Donald S.G. - Aggressive trauma care benefits in the elderly. *J Trauma* 1987; 27: 1200-1204.
4. De Maria E.J., Pardon R.K., Merriam M. A., Casanova L.A., Donald S.G. - Survival after trauma in geriatric patient - *Ann Surg* 1987; 206: 738-43.
5. Demetriades D., Rabinowitz B. - Indications for operation in abdominal stab wounds: a prospective study of 651 patients. *Ann Surg* 1987; 205: 129-32.
6. Finelli F.C., Jonhsson J., Champion H.R., Modelli J., Fuoty W.S. - A case control study for major trauma in geriatric patients. *J Trauma* 1989; 29: 541-8.
7. Gubler K.D., Davis R., Koepsell T., Soderberg R., Maier R.V., Rivara F.P. - Long-term survival of elderly trauma patients. *Arch Surg* 1997; 132: 1010-1014.
8. Horst M.H., Obeid F.N., Sorensen V.J., Bivins B.A. - Factors influencing survival of elderly trauma

- patients. *Crit Care Med* 1986; 14: 681-4.
9. Johnson C.L., Margulies D.R., Kearney T.J., Hiatt J.R., Shabot M.M. - Trauma in the elderly: An analysis of outcomes based on age. *Ann Surg* 1994; 60: 899-902.
 10. Mc Mahon D.J., Schab W., Kauder D. - Co-morbidity and the elderly trauma patient. *World J Surg* 1996; 20: 1113-20.
 11. Milzman D.P., Boulanger B.R., Rodrigues A., Soderstrom C.A., Mitchell K.A., Magnant C.M. - Pre-existing disease in trauma patients: A predictor of fate independent of age and injury severity score. *J Trauma* 1992; 32: 236-42.
 12. Oreskovich W.R., Howard J.D., Copas M.K., Carrico C.J. - Geriatric trauma: Injury patterns and outcome. *J Trauma* 1984; 24: 565-9.
 13. Osler T., Hales K., Baak B., Bear K., Pathak D., Idemarest G. - Trauma in the elderly. *Am J Surg* 1998; 156: 537-43.
 14. Robinson A. - Age, physical trauma and care. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1453-5.
 15. Schwab C.W., Kauder D.R. - Trauma in the geriatric patient. *Arch Surg* 1992; 127: 701-6.
 16. Shapiro M.B., Dechert E.R., Colwell C., Bartlett R.H., Rodrigues S.L. - Geriatric trauma; aggressive intensive care unit management is justified. *Am Surg* 1994; 60: 695-8.
 17. Smith P.D., Enderson B.L., Maull K.J. - Trauma in the elderly: determinants of outcome. *South Med J* 1990; 83: 171-6.
 18. Torres O.J.M., Cintra J.C.A., Cantanhede E.B., Melo T.C.M., Pereira C.P., Dietz U.A. - Ferimento abdominal penetrante com evisceração omental. *Rev Col Bras Cir* 1997; 24: 85-7.
 19. Torres O.J.M., Macedo E.L., Melo T.C.M., Cintra J.C.A., Carneiro W.S., Nogueira L.R. - Tratamento cirúrgico dos traumatismos do intestino grosso. *Rev Bras Cir* 1997; 87: 245-8.
 20. Torres O.J.M., Sousa S.T., Gonçalves M.J.C., Pedro W.J.S., Bezerra J.A.F., Dietz U.A. - Traumatismo duodenopancreático. *Rev Bras Cir* 1996; 85: 75-8.
 21. Torres O.J.M., Valadão J.A., Bezerra J.A.F., Pedro W.J.S., Ribeiro P.C.A. - Traumatismo esplênico. *Rev Bras Cir* 1997; 87: 21-3.
 22. Torres O.J.M., Valadão J.A., Salazar R.M.S., Silva A.J.R., Malafaia O. - Laparotomia negativa: riscos e benefícios. *Rev Bras Cir* 1996; 85: 13-5.
 23. Vijg J., Wei J.Y. - Understanding the biology of aging: the key to prevention and therapy. *J Am Gerontol Soc* 1995; 43: 426-30.
-