

Protocolo de TCE em pacientes pediátricos – HCR/GHC

INTRODUÇÃO

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é a principal causa de morte e sequela em crianças e adultos jovens nos países industrializados ocidentais.¹ Os danos causados pelos anos potenciais de vida perdidos, custos do tratamento e extensão da incapacidade evidenciam um problema de Saúde Pública.

Estima-se que 600.000 crianças sejam atendidas ao ano nos EUA devido a TCE que, em sua maioria, são TCE leve. Até 50% destas crianças realizam Tomografia Computadorizada (TC), o exame de referência para diagnóstico de lesões traumáticas cranianas. Porém, menos de 10% dos paciente com TCE leve que passam por neuroimagem mostra qualquer achado de lesão cerebral traumática. Além disso, estima-se que a radiação ionizante possa causar doença maligna hematológica entre 1 em 5000 a 1 em 1000 crianças, sendo o risco inversamente proporcional à idade.² No Hospital Cristo Redentor, Porto Alegre/RS, no ano de 2020 foram realizadas 2165 tomografias de crânio por TCE no Departamento de Emergência em crianças.

Visando reduzir a exposição à radiação ionizante, o protocolo de atendimento contribui na tomada de decisão e estratificação de risco adicional de crianças com TCE, baseado no trabalho PECARN².

MÉTODO

Revisão sistemática da literatura e de centros de tratamento neurocirúrgico pediátrico.

RESULTADOS

Inicialmente há classificação segundo protocolo de Manchester, então ocorre avaliação pelo médico socorrista, que avaliará a idade do paciente. Em menores de dois anos, os critérios de primeiro nível são: Glasgow menor que 15, fratura de crânio palpável e sinal de alteração de estado mental, como agitação, sonolência, lentificação ou perguntas repetitivas. Em maiores de dois anos, Glasgow menor que 15, alteração do estado mental ou sinal de fratura de base de crânio, como rinoliquorrea, otoliquorrea, hemotímpano, sinal de Battle ou do

guaxinim são os critérios de primeiro nível. Na presença de um destes critérios está indicada TC de crânio e avaliação neurocirúrgica, devido ao risco de 4,4% de lesão cerebral.

Adiante, para < 2 anos, os critérios de segundo nível são: hematoma de escalpo occipital, parietal ou temporal, alteração do comportamento, perda de consciência (> 5 segundos) ou mecanismo de trauma grave, como capotamento, ejeção, morte de passageiro, pedestre ou ciclista atingido por veículo motorizado, objeto de alto impacto ou queda de altura > 90 centímetros. Já aos > 2 anos, os critérios de segundo nível são história de vômito, perda de consciência de qualquer duração, cefaleia intensa ou mecanismo de trauma grave, com as mesmas características, exceto pela altura da queda de 150 centímetro. Cada um destes itens de segundo nível eleva o risco de lesão cerebral para 0,9%. Na presença de dois critérios está indicada TC de crânio.

Na ausência de qualquer critério supracitado pode-se liberar o paciente após orientar familiares sobre os critérios de alarme e retorno imediato ao departamento de emergência.

CONCLUSÃO

Este protocolo não substitui a decisão pessoal ou confronta a autonomia médica. Objetiva orientar o médico sobre os fatores de risco para lesões cerebrais em crianças e reduzir a exposição à radiação ionizante nesses pacientes.