

ABORDAGEM INICIAL E COMPLEXIDADE DO TRATAMENTO DE PACIENTE GRANDE QUEIMADO: UM RELATO DE CASO

Gabriel Garcia Schmitt¹, Pedro Nakamura Almada Santos¹, Guilherme Dourado Zambon¹

¹Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

E-mail para correspondência: gabrielschmitt02@gmail.com

RESUMO

Introdução: O tratamento de pacientes grandes queimados representa um desafio no atendimento ao trauma e requer uma abordagem multiprofissional, destacando-se o papel do médico emergencista e do cirurgião plástico como protagonistas na execução e coordenação dos cuidados. **Objetivo:** Relatar a abordagem inicial e o tratamento integral, em serviço especializado, no caso de um paciente grande queimado. **Metodologia:** O trabalho foi elaborado a partir das informações colhidas em tempo real e no prontuário eletrônico ao longo do tratamento. **Resultados:** Paciente com queimadura extensa (46%), recebeu tratamento emergencial e seguimento com equipe multidisciplinar da cirurgia plástica, retornando com sucesso para suas atividades após internação prolongada. **Conclusão:** O trabalho traz à tona a importância do manejo correto do grande queimado e da coordenação do cuidado.

Palavras-chave: Queimadura. Emergência. Cirurgia plástica.

Área temática: Atendimento à vítima de trauma

INTRODUÇÃO

O tratamento de grandes queimaduras deve seguir os protocolos de atendimento inicial ao trauma, de modo que princípios como o controle de via aérea, da respiração e da estabilização clínica são fundamentais para reduzir a morbimortalidade. No entanto, no grande queimado, faz-se necessário algumas precauções adicionais, particularmente relacionadas à ressuscitação hídrica e à prevenção de infecções.

A hidratação vigorosa é uma das medidas fundamentais no atendimento inicial desses pacientes, particularmente daqueles com superfície corporal queimada superior a 20%, tendo em vista o estado inflamatório sistêmico. Um dos esquemas mais utilizado é a fórmula de Parkland, segundo a qual, nas primeiras 24h do trauma, o paciente deve receber um volume equivalente a 4 x peso (em kg) x porcentagem de superfície corporal queimada (SCQ), sendo metade desse volume administrado nas primeiras 8h após o trauma e, a outra metade, nas 16h subsequentes. Novas edições de protocolos internacionais têm optado por outros esquemas de hidratação, propondo volumes equivalentes a 2 ou 3 x peso x SCQ, visando diminuir os riscos de sobrecarga volêmica e complicações, como edema agudo de pulmão e insuficiência respiratória.

É importante destacar que os esquemas de hidratação são úteis para orientar o primeiro atendimento do paciente queimado, mas não fornecem valores exatos para a ressuscitação volêmica. Nesse sentido, é fundamental que o paciente seja continuamente monitorado quanto às necessidades hídricas, por meio de avaliação do débito urinário (meta de 0,5 a 1,0 ml/kg/h, para adultos) e do balanço hídrico, podendo haver alteração individualizada no esquema de hidratação.

Além disso, o paciente grande queimado apresenta grande exposição devido à perda da integridade da pele, o que justifica o uso de antibiótico de amplo espectro para controle infeccioso, bem como a profilaxia antitetânica. Não somente, esses pacientes podem evoluir rapidamente para quadros muito graves de desidratação, choque, rebaixamento do nível de consciência e falência orgânica, de modo que é comum a associação de medidas como drogas vasoativas em altas doses, intubação orotraqueal e sedação profunda no manejo do quadro agudo.

Por fim, a programação cirúrgica precoce para desbridamento e cobertura das áreas afetadas, idealmente em conjunto de uma equipe de cirurgia plástica, e o tratamento multiprofissional longitudinal também têm relação direta com o desfecho final e sobrevida do paciente. Em muitos casos, a associação com politraumas, distúrbios psiquiátricos, a necessidade de múltiplos procedimentos e as complicações oriundas da internação prolongada adicionam complexidade ao quadro.

OBJETIVO

Este trabalho pretende relatar o tratamento inicial e completo de um paciente grande queimado em um serviço especializado.

METODOLOGIA

Foi elaborado relato de caso a partir de informações coletadas em tempo real no atendimento pré-hospitalar e na admissão do paciente, bem como no prontuário eletrônico ao longo da continuidade do cuidado. O intervalo entre a ocorrência do caso e o desenvolvimento do estudo foi de um ano, e a produção do artigo e divulgação de imagens foi autorizada pelo paciente, por aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição

O caso foi conduzido na Unidade de Emergência (UE) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto vinculada à Universidade de São Paulo. Trata-se de um hospital terciário voltado para o atendimento de urgências e emergências, que conta com leitos de centro de terapia intensiva (CTI) adulto e pediátrico, sala vermelha com 10 leitos monitorizados coordenada por equipe de Medicina de Emergência, centro cirúrgico com 5 salas, e Unidade de Queimados especializada com 10 leitos de enfermaria.

RELATO DE CASO

Homem, 27 anos, sofreu queimadura às 19h do dia 10/04/24 com SCQ de 46%, em tentativa de autoextermínio com uso de álcool. A família referiu que o paciente fazia uso de substâncias psicoativas, estando sob efeito de álcool e crack no momento do trauma. Após atendimento inicial na Unidade de Pronto Atendimento, foi levado à UE e, no transporte, recebeu terapia com ceftriaxona, vacina antitetânica e 2L de ringer lactato. Chegou ao serviço às 2h do dia 11/04/24 em estado grave, hipotenso, intubado e sedado (devido à suspeita de queimadura de via aérea), e foi admitido em sala vermelha aos cuidados da equipe de Medicina de Emergência (Fig.1). Foi iniciada noradrenalina e vasopressina para controle agudo do choque, e foi completada a ressuscitação volêmica pela fórmula 3ml x peso (75 kg) x SCQ (46%).

Ao exame, apresentava queimaduras de terceiro grau nos braços e raiz de coxa bilateral, e de segundo grau em orelha bilateral, mento, lábio inferior, hemiface esquerda, cervical anterior, ombros, antebraços, mãos, 50% do tórax superior, 70% do abdome, genitália. Todos os curativos foram feitos com creme sulfadiazina de prata 1%.



Figura 1.

Admissão do paciente:
queimadura em tronco,
membros, pescoço, face,
coxas e períneo

No dia 15/04/24, foi feita a primeira abordagem cirúrgica pela equipe da Cirurgia Plástica, com desbridamento de coxa e pescoço e enxertia em lâminas. A segunda cirurgia foi realizada em 08/05/24, para desbridamento de coxas com enxertia em malha 3:1, e de escroto e pênis com enxertia em lâmina (Fig.2). Em seguida, foi desbridado o braço esquerdo com enxertia em lâmina. Os enxertos foram de pele parcial, retirados com dermatomo elétrico em espessura 0,2mm, e as áreas doadoras foram couro cabeludo e coxas.



Fig 2.

Pós operatório imediato:
desbridamento de queimaduras
e enxertia de coxas e períneo

O paciente seguiu internado até 23/06/24 em CTI, devido a complicações da internação prolongada como pneumonias com necessidade de drenagem torácica e fisioterapia respiratória, septicemia com cultura para germes resistentes, lesão por pressão em região sacral, entre outras. Em 24/06/24, saiu do CTI para a enfermaria da Unidade de Queimados, sob os cuidados da equipe multidisciplinar da unidade. No dia 22/07/24, teve alta domiciliar, após melhora do estado geral, integração plena dos enxertos, alta da equipe multi, e preparo familiar para recebê-lo (Fig.3).

Hoje, o paciente se encontra reinserido na sociedade e em sua estrutura familiar, com apoio clínico e psiquiátrico regular, retomada de suas atividades laborais e relacionamentos. Ainda, apresenta recuperação plena da área queimada no trauma e das complicações que se seguiram, bem como preservação da funcionalidade dos membros e sexuais.



Fig 3.

Pós-operatório tardio:
integração dos enxertos em
pescoço, coxas e períneo

DISCUSSÃO

A abordagem inicial de pacientes grandes queimados é complexa, e exige grande expertise do médico e da equipe multiprofissional. O tratamento precoce em cenário de emergência e a ressuscitação hídrica adequada conforme a estimativa de superfície corporal queimada são fundamentais para que se garanta a sobrevivência e se reduza a morbidade de um trauma grave como esse. Além disso, o trabalho em conjunto com outras equipes médicas, no intuito de fazer a programação cirúrgica precoce, por exemplo, tem efeito significativo no desfecho favorável do paciente.

CONCLUSÃO

O cuidado integral de grandes queimados ainda é um desafio na prática clínica, o que destaca o impacto do emergencista na saúde pública e no manejo de grandes traumas.

REFERÊNCIAS

1. 10th Edition of the Advanced Trauma Life Support (ATLS®) Student Course Manual. Chicago (IL): American College of Surgeons; 2018.
2. Brusselaers, N., Monstrey, S., Vogelaers, D. et al. Severe burn injury in europe: a systematic review of the incidence, etiology, morbidity, and mortality. *Crit Care* 14, R188 (2010). doi: 10.1186/cc9300
3. Marques, RR , Almeida, CEF , Coltro, PS , Santos, LAF , Vecci, TRS , and Farina-Junior, JA . Covid-19 pandemic has increased the incidence of self-inflicted burn injuries. *Burns*. (2021) 47:1931–2. doi: 10.1016/j.burns.2021.06.009
4. Rossi LA, Menezes MAJ, Gonçalves N, Ciofi-Silva CL, Farina-Junior JA, Stuchi RAG. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* 2010;9(2):54-59
5. Farina JA Jr, Freitas FA, Ungarelli LF, Rodrigues JM, Rossi LA. Absence of pathological scarring in the donor site of the scalp in burns: an analysis of 295 cases. *Burns*, 36 (6) (2010), pp. 883-890. doi: 10.1016/j.burns.2009.11.015
6. Farina Jr JA, Almeida CEF, Barros MEPM, Martinez R. Redução da mortalidade em pacientes queimados. *Rev Bras Queimaduras*. 2014;13(1):2-5