

ATENDIMENTO AO PACIENTE QUEIMADO NA PEDIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Luiza Helena Everton Coelho¹, Maria Eduarda Martins Nogueira², Ana Letícia Lopes

Abreu Silva^{3, 4} Mylena Andrea Oliveira Torres.

¹ Universidade CEUMA, (luiza_everton@hotmail.com)

² Universidade CEUMA, (Eduarda_nogueira08@hotmail.com)

³ Universidade CEUMA, (uerbaleticia@gmail.com)

⁴ Universidade CEUMA, (

Resumo

Introdução: As queimaduras são definidas como acidentes que constituem adventos problemáticos presente no sistema de saúde representando uma alta taxa tanto de morbidade quanto de mortalidade na faixa de idade pediátrica. Elas constituem um problema de ordem grave para a saúde pública. Estima-se que no Brasil ocorrem cerca de um milhão de casos de queimaduras a cada ano, sendo 30% em crianças. **Objetivo:** Analisar como é realizado o atendimento de emergência do paciente queimado na Pediatria. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa realizada com base em uma busca bibliográfica realizada na base de dados Google Acadêmico e no portal eletrônico PubMed. Para isso foram utilizadas as palavras-chave "Emergency", "Pediatrics", "Burn" "Emergência", "Pediatria" e "Queimadura", selecionando artigos publicados na língua inglesa e na língua portuguesa sem restrições de datas e dentro da temática abordada. **Resultados:** A exérese precoce das lesões constitui a conduta cirúrgica atual para a terapêutica das queimaduras de espessura parcial profunda e total. Assim, o padrão ouro para a cobertura de queimaduras de 3º grau, quando possível, é representado pela prática de enxertos de espessura total autólogos. As principais dificuldades são representadas pela exiguidade de pele nas áreas viáveis para fazer a cobertura da região que se encontra lesada, os riscos atrelados às perdas cutâneas, além da necessidade de cobertura de estruturas nobres em lesões complexas e a maior chance de desencadear sequelas nas áreas doadoras. **Conclusões:** Os cuidados iniciais advindos de uma equipe multidisciplinar geralmente contribuem inegavelmente para um melhor prognóstico dos pacientes queimados durante a emergência. Assim, diante dessa complexa abordagem, que envolve aspectos biopsicossociais, coloca-se em evidência a importância de uma padronização do atendimento de emergência bem como uma maior atenção para o aspecto estético das cicatrizes.

1. INTRODUÇÃO

As queimaduras são definidas como acidentes que constituem uma problemática presente no sistema de saúde representando uma alta taxa tanto de morbidade quanto de mortalidade na faixa de idade pediátrica. Elas podem ser classificadas geralmente em primeiro grau (superficiais), segundo grau (de espessura parcial), de terceiro grau (espessura total) ou de quarto grau (que envolvem tecidos ou estruturas mais profundas), sendo que a maioria das queimaduras que ocasionam crianças são representadas pelas queimaduras do tipo segundo grau. Dentro desse contexto, uma queimadura pode (STROBEL; FEY, 2018).

Elas constituem um problema de ordem grave para a saúde pública. Estima-se que no Brasil ocorrem cerca de um milhão de casos de queimaduras a cada ano, sendo 30% em crianças. Dessa forma, aproximadamente 100 mil vítimas necessitam de atendimento hospitalar e 2,5 mil vão a óbito, e por isso ficam entre as principais causas externas de morte (DAGA; MORAIS; PRESTES, 2015; TAKINO et al., 2016).

Inúmeras vezes as queimaduras são causadas pela existência de descuido dos pais ou responsáveis (TEIXEIRA; PAROLIN; OLIVEIRA, 2014). As causas mais comuns de queimaduras pediátricas em crianças de até seis anos de idade estão escaldamentos (manipulação de líquidos quentes, como água fervente, pela curiosidade característica da idade). A partir dos oito até os doze anos, as lesões que ocorrem com mais frequentemente são ocasionadas pelo contato com combustíveis inflamáveis, tais como gasolina, querosene e o álcool líquido de uso doméstico (SBQ, 2014).

As complicações das queimaduras se devem principalmente à infecção que pode progredir com septicemia, assim como ocasionar possível repercussão sistêmica, com agravos renais, adrenais, cardiovasculares, pulmonares, musculoesqueléticas, hematológicas e gastrointestinais, complicações neurológicas, oftalmológicas e geniturinárias dependendo da área que foi atingida, sem falar nas deformidades inestéticas, sobretudo da face (LUCENA; FIGUEIREDO, 2017).

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar como é realizado o atendimento de emergência do paciente queimado na Pediatria.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa realizada com base em uma busca bibliográfica realizada na base de dados Google Acadêmico e no portal eletrônico PubMed. Para isso foram utilizadas as palavras-chave "Emergency", "Pediatrics", "Burn" "Emergência", "Pediatria" e "Queimadura", selecionando artigos publicados na língua inglesa e na língua portuguesa sem restrições de datas e dentro da temática abordada. No que se diz respeito aos critérios de inclusão, foram incluídos estudos in vivo, revisões de literatura, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de cursos, capítulos de livros relatos de casos. Os critérios de exclusão foram estudos in vitro, estudos com animais, editoriais, além de material didático publicados em anais de eventos. Após uma busca inicial com análise de títulos e resumos dos artigos e a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 10 estudos para leitura e análises completas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A abordagem terapêutica pediátrica do grande queimado é muito difícil e se inicia a partir do primeiro atendimento, sucedendo durante todo o tratamento da ferida, que geralmente pode se prolongar na reabilitação e abordagem cicatricial. Dentro desse contexto, a exérese precoce das lesões constitui a conduta cirúrgica atual para a terapêutica das queimaduras de espessura parcial profunda e total. Assim, o padrão ouro para a cobertura de queimaduras de 3º grau, quando possível, é representado pela prática de enxertos de espessura total autólogos (BARRA; RODRIGUES, 2014).

O manejo de queimaduras graves geralmente começa com o processo de analgesia e / ou sedação administrada por via intranasal. Após a obtenção de um acesso intravenoso ou intraósseo, pode-se realizar a fluidoterapia moderada, que idealmente deve ser

complementada por um bolo de fluido apenas se houver sinais de choque. Assim, pode ser imprescindível a administração extra de analgesia e / ou sedativos e a gravidade da queimadura se constitui após um período de latência, e a indução da anestesia e intubação não são necessárias na maioria dos casos (LANDSLEITNER; KEIL, 2015).

Para tratar a queimadura, é necessário uma série de dias de internação, ou seja, a hospitalização torna-se parte do crescimento e do desenvolvimento da criança, que passa a conviver com a presença de alterações emocionais e psicossociais intensas a partir do trauma

térmico. Isso faz com que essas crianças se sintam duplamente fragilizadas, uma vez que pela exposição aos procedimentos terapêuticos e até pelo afastamento de sua rotina habitual que é promovido. Dessa forma, a hospitalização passa a ser considerada uma experiência desagradável, levando em consideração que determina mudanças não somente na vida da criança, mas, também na de seus pais, exigindo inúmeras adaptações em seu cotidiano. Dessa forma, a permanência no ambiente hospitalar não os afeta apenas pelo fato de existir uma doença, mas também pelos aspectos de todo o contexto familiar implicados na situação, fazendo com que os pais necessitem lançar mão de estratégias para o enfrentamento da hospitalização da criança (LUCENA; FIGUEIREDO, 2017).

As principais dificuldades são representadas pela exiguidade de pele nas áreas viáveis para fazer a cobertura da região que se encontra lesada, os riscos atrelados às perdas cutâneas, além da necessidade de cobertura de estruturas nobres em lesões complexas e a maior chance de desencadear sequelas nas áreas doadoras. Em suma, essas dificuldades são reduzidas com uso de pele de espessura parcial fina, expandida ou não, entretanto, a grande chance de haver retrações e complicações quanto à qualidade de leito receptor precedeu o desenvolvimento de substitutos cutâneos, como a própria matriz de regeneração dérmica (MRD) que constitui uma abordagem alternativa na resolução desses problemas (CHUA et al., 2016).

Sabe-se que essa condição demanda grande oneração econômica por conta das peculiaridades presentes em seu manejo clínico e cirúrgico. Torna-se necessário uma equipe de caráter interprofissional especializada, assim como um tempo de internação elevado, associado a diversos procedimentos cirúrgicos sob anestesia, curativos das mais variadas complexidades e custos, balneoterapia diária, uso de múltiplas medicações e equipamentos,

além de seguimento ambulatorial e de cuidados especializados por tempo indeterminado, com futuras possíveis correções de sequelas (OLIVEIRA; PERIPATO, 2017).

4. CONCLUSÃO

Os cuidados iniciais realizados em pacientes queimados pediátricos por parte de uma equipe multidisciplinar contribuem de forma significativa para um melhor prognóstico desses indivíduos durante a emergência, assim como também para os devidos cuidados a longo prazo. Portanto, diante dessa complexa abordagem, que envolve alguns aspectos como os biopsicossociais, destaca-se a importância de uma padronização relevante acerca do atendimento de emergência bem como uma

maior atenção no que tange o aspecto estético das cicatrizes e do controle da dor. Dessa forma, uma boa analgesia pode reduzir sequelas psicológicas e dores crônicas.

Faz-se necessário um maior cuidado na hora de quantificar a área representada pela superfície corporal queimada, uma vez que pode ocorrer uma superestimação da área queimada e uma conduta não tão acertada frente a gravidade do caso. Em suma, torna-se necessário também facilitar a sistematização da assistência, otimizando tempo dos profissionais, reduzindo custos e garantindo ao usuário uma assistência integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

BARRA, I.; RODRIGUES, K. Utilização de matrizes dérmicas no tratamento de queimaduras. **Rev Bras Queimaduras.**, v.13, n.2, p. 83 – 89, 2014.

CHUA, A. et al. Skin tissue engineering advances in severe burns: review and therapeutic applications. **Burns Trauma**, v.4, n.3, 2016.

DAGA, H; MORAIS, I.; PRESTES, M. Perfil dos acidentes por queimaduras em crianças atendidas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **Rev Bras Queimaduras**, v.14, n.4, p. 268 – 272, 2015.

LANDSLEITNER, B.; KEIL, J. Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter. *Medizinische Klin - Intensivmed und Notfallmedizin [Internet]*, v.110, n.15, p. 346 – 353, 2015.

LUCENA, E.; FIGUEIREDO, T. Queimadura na infância: Uma abordagem acerca das implicações para a saúde e qualidade de vida. **Temas em Saúde**, v.17, n.1, p. 245 – 261, 2017.

OLIVEIRA, A.; PERIPATO, L. A cobertura ideal para tratamento em paciente queimado: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Queimaduras.**, v.16, n.3, p.188 – 193, 2017.

SBQ-Queimaduras são a quarta causa de morte entre as crianças. Sociedade Brasileira de Queimaduras, 26 de agosto de 2014.

STROBEL, A.M.; FEY, R. Emergency care of pediatric burns. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v.36, p. 441 – 458, 2018.

TAKINO, M. et al. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de queimaduras admitidos em centro de tratamento de queimados. **Rev Bras Queimaduras**, v.15, n.2, 74 – 79, 2016.

TEIXEIRA JR; PAROLIN; OLIVEIRA. **Trauma-Atendimento Pré-Hospitalar**. 3.ed. São Paulo: Atheneu Rio, p. 285-287, 2014.