

# CONTRIBUTOS PARA A HISTÓRIA DO TRATAMENTO DE QUEIMADOS

CELSO CRUZEIRO, LUIS CABRAL, LUIS TELES

Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Unidade de Queimados. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra.

## RESUMO

Os autores fazem uma breve revisão histórica do tratamento de doentes queimados em Portugal, aproveitando simultaneamente para dar a conhecer um pouco da estrutura física e do funcionamento da Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra. São também focados aspectos respeitantes aos avanços científicos obtidos nesta área e apresentadas perspectivas de desenvolvimento para o futuro, enfatizando-se a importância da prevenção de queimaduras e de uma completa reinserção social do doente queimado.

## SUMMARY

### Contributions to the History of Burn Treatment at the Coimbra University Hospitals

The authors make a brief review of burn treatment in Portugal as well as describing the Burn Unit of the Coimbra University Hospitals. The scientific advances in this area and new perspectives to the future are also mentioned, emphasizing the importance of burn prevention and a complete social reintegration of the burn patient.

## INTRODUÇÃO

Tendo sido proporcionada à Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra a possibilidade de participar nesta revista com um artigo sobre o tratamento de doentes queimados, e levando em conta a grande divulgação da Acta Médica Portuguesa, optámos por tentar traduzir de uma forma sucinta as preocupações relacionadas com as queimaduras, aproveitando simultaneamente para dar a conhecer um pouco da estrutura e do funcionamento da nossa Unidade. Tentamos deste modo contribuir para uma maior difusão junto da classe médica do estado actual de conhecimentos sobre esta área científica, levantando algumas questões pertinentes e alertando para este grave problema, tantas vezes esquecido dos grandes projectos da Saúde.

## NOTAS HISTÓRICAS

Remonta aos fins da II Guerra Mundial a introdução de conceitos básicos do tratamento de grandes queimados, bem como a criação da filosofia que mais tarde daria origem à formação de unidades de cuidados especiali-

zadas para estes doentes. O primeiro Centro de Queimados da Europa Continental foi criado por Colson, em 1952, na cidade de Lyon, em França<sup>6</sup>.

Apesar da sua curta história, os progressos no tratamento das queimaduras têm sido enormes. Desde a criação da primeira fórmula de reposição volémica por Evans em 1952, da descoberta dos primeiros agentes tópicos até ao aparecimento de novos e mais sensíveis antibióticos, novas modalidades de cobertura cutânea, etc., um grande caminho foi percorrido, fazendo com que possamos tratar adequadamente, hoje em dia, situações que outrora se revelavam invariavelmente fatais.

A mortalidade nas Unidades de Queimados tem vindo a descer continuamente, sendo cada vez em maior número os doentes que regressam à sua vida activa, como elementos válidos e funcionalmente úteis à sociedade. Esta diminuição da mortalidade deve-se, de uma forma esquemática, a um melhor conhecimento da fisiologia do choque inicial, numa primeira fase; a um melhor controlo da infecção, numa segunda fase e, finalmente à possibilidade de uma cobertura precoce das

merecer a nossa preferência pelos bons resultados obtidos, embora utilizemos também com alguma frequência a iodopovidona.

A antibioterapia profiláctica é reservada a casos muito especiais, recorrendo-se a protocolos bacteriológicos para a instituição da terapêutica mais adequada.

A balneoterapia, que em Coimbra optámos por efectuar no tanque de Hubbard, mas sem fazer a imersão do doentes, é, na nossa opinião, imprescindível ao seu adequado tratamento, permitindo a limpeza das lesões, a hidratação local e a mobilização passiva das articulações envolvidas. Para a sua realização é imperiosa a existência de uma analgesia/anestesia eficaz.

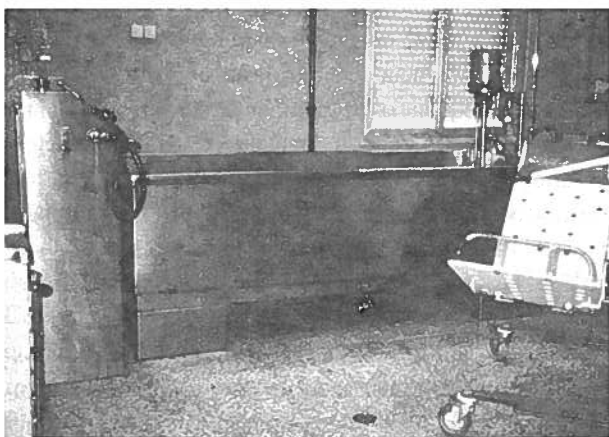


Fig. 3 - Sala de balneoterapia

Sendo a nutrição, como vimos atrás, crucial para uma melhor e mais rápida recuperação dos nossos doentes, há que sublinhar o cada vez maior interesse na instituição de uma via de administração enteral precoce, em detrimento da via parenteral, que reservamos para casos específicos.

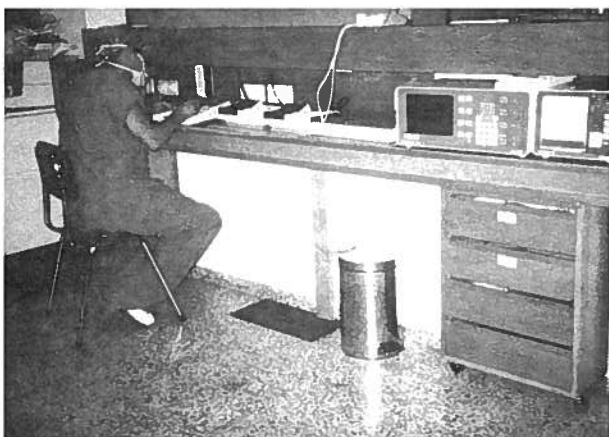


Fig. 4 - Balcão de controlo da Unidade

Em relação ao *timing* da cirurgia<sup>5</sup> instituímos que os queimados moderados (até 25% de superfície corporal queimada) podem e devem beneficiar de uma excisão e enxerto cutâneo precoces sobretudo em zonas fun-

cionais, nas lesões do 3º grau e mesmo do 2º grau profundo. Para as queimaduras entre 25 e 50% da superfície corporal as indicações de intervenção precoce serão de equacionar em função da sua profundidade, extensão e localização. Nos queimados graves, com mais de 50% de superfície corporal queimada, as excisões têm como finalidade prioritária o salvamento da vida, abrangendo apenas as zonas do 3º grau, num máximo de 20% no primeiro tempo cirúrgico e de 10-15% nos seguintes, de acordo com o estado geral do doente<sup>5</sup>.

É, hoje em dia, consensual a necessidade de uma cobertura imediata das zonas escarectomizadas e também que, sempre que não for possível o auto-enxerto, o melhor substituto cutâneo temporário é o homoenxerto.

Para além da analgesia e/ou da anestesia necessárias quer para a balneoterapia quer para os actos cirúrgicos, é fundamental um controlo suficiente da dor basal, que pode ser muito intensa nestes doentes. Temos em vigor um protocolo de administração endovenosa de opiáceos, com controlo rigoroso das doses administradas, com o qual se têm conseguido resultados bastante satisfatórios.

A ansiedade sofrida pelos queimados não deve jamais ser subestimada, constituindo o apoio psiquiátrico/psicológico um pilar importante do seu tratamento.

Da nossa experiência retiramos também a noção de que continuam a ser os problemas infecciosos os responsáveis pela maioria dos casos fatais da Unidade, e, dentro destes, as infecções pulmonares ocupam lugar preponderante. Por isso criámos um protocolo de actuação com o Serviço de Pneumologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra que pressupõe a realização sistemática de fibroscopias brônquicas para diagnóstico em casos de suspeita de lesão inalatória, e seu eventual tratamento.

Tentamos instituir o mais precocemente possível medidas de Medicina Física e de Reabilitação com destaque para a pressoterapia, uma vez que a sua ausência ou atraso se traduz invariavelmente em grave prejuízo estético e/ou funcional. Não podemos deixar de salientar ter esta questão uma acuidade particular, na medida em que tanto ou mais importante que salvar um doente é saber que tipo de vida lhe poderemos oferecer após a sua alta hospitalar.

## BANCO DE PELE

Embora a transplantação de tecidos tenha sido referenciada já no século XVII, apenas a instalação do Banco de Tecidos da Marinha Norte-Americana em 1949 marcou o início dos bancos de conservação e transplante. A criação em 1986 do banco de pele holandês, que mais tarde veio a

dar origem ao Euro Skin Bank, trouxe um grande incremento à proliferação de bancos de pele e ao consequente uso de homoenxertos no tratamento de grandes queimados.

Em Coimbra, desde 1992 tem-se dedicado grande interesse à conservação e posterior transplante de pele, designadamente para fazer face às enormes necessidades da nossa Unidade.

As queimaduras, para além das alterações sistémicas que desencadeiam, provocam também uma perda de líquidos, proteínas e calor pelas zonas atingidas e ainda uma maior susceptibilidade às infecções devido à perda da barreira cutânea. Para tentar solucionar estes problemas a utilização de pele de porco liofilizada foi, no passado, um método muito utilizado, embora tenha vindo progressivamente a ser abandonado devido ao seu custo elevado e aos seus resultados pouco fiáveis.

O homoenxerto permite restabelecer uma barreira fisiológica com características muito próximas das da pele íntegra. Muito em voga há alguns anos, caiu temporariamente em desuso com o aparecimento de novos substitutos cutâneos e, principalmente, pela sua possibilidade de transmissão de doenças. Actualmente, assiste-se, graças a uma escolha mais criteriosa dos dadores e às melhores possibilidades de armazenamento, a um renovar do interesse na sua utilização, inclusivamente para a preparação do leito receptor de autoenxertos ou de queratinócitos de cultura.

No Banco de Pele da Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra, o método de colheita e conservação dos homoenxertos é decalcado do Euro Skin Bank, utilizando-se o Glicerol como meio protector celular, o que alia baixo custo e eficácia.

São contraindicações absolutas para a colheita de pele:

- registo no RENNDA (Registo Nacional de Não Dadores);
- dadores com doenças infecciosas;
- dadores com doenças do sistema imunológico;
- dadores com exposição a tóxicos;
- dadores com antecedentes de uso de drogas endovenosas;
- dadores com hepatite, cancro cutâneo ou piodermite;
- dadores com ventilação mecânica e/ou corticoterapia prolongadas;
- dadores com menos de 18 ou mais de 65 anos de idade.

Após a colheita, os homoenxertos são transferidos para o Banco de Pele, onde, depois dos diversos tempos de preparação, são catalogados e armazenados em câmara frigorífica.

Uma vez na posse das análises serológicas e bacteriológicas negativas, procedemos à sua aplicação através de

uma das técnicas em vigor na Unidade (Sandwich, Mowleen-Jackson, Método Chinês). Não utilizamos imunossuppressores para prolongar a sobrevida dos homoenxertos.

### CONSULTA EXTERNA DE QUEIMADOS

Após a alta, impõe-se um seguimento cuidado dos doentes queimados. Há cerca de dois anos foi criada nos Hospitais da Universidade de Coimbra a Consulta Externa de Queimados, completamente independente da Consulta Externa de Cirurgia Plástica e Reconstructiva. Esta Consulta Externa funciona todos os dias úteis e dela fazem parte, além de cirurgiões plásticos, fisiatras, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais. Tentamos, assim, que o critério de equipa multidisciplinar, existente durante o internamento, prossiga no tratamento ambulatorio.

A autonomização da Consulta Externa veio trazer também uma melhoria substancial dos cuidados prestados aos doentes ambulatorios, traduzida na comodidade da existência de uma consulta diária, apetrechada e vocacionada para o tratamento de doentes queimados, permitindo um melhor conhecimento e orientação dos doentes, uma melhor sistematização dos pensos e uma mais rápida intervenção quando se exigem cuidados diferenciados.

Nos últimos dois anos foram efectuadas cerca de 3000 consultas, sendo que aproximadamente 10% correspondem a doentes enviados do Serviço de Urgência. Estes doentes, sem esta Consulta, estariam certamente sujeitos a um maior número de pensos, a terapias frequentemente inadequadas e por vezes prejudiciais.

Também a articulação com os médicos de família e a sensibilização dos enfermeiros dos Centros de Saúde, que temos vindo a promover, tem exercido um papel pedagógico, divulgador da Consulta, mas também da especificidade do tratamento do doente queimado.

### PREVENÇÃO E REINSERÇÃO SOCIAL

Quando se fala de queimaduras, e particularmente no seio da classe médica, o primeiro ponto em que se pensa é o tratamento hospitalar, esquecendo-se dois aspectos essenciais do problema situados quer a montante, a sua prevenção, quer a jusante, a reinserção social do doente<sup>3</sup> queimado.

No campo da prevenção temos organizado campanhas junto de grupos de risco, alertando para as medidas a adoptar para evitar as queimaduras ou para diminuir as suas consequências.

A criação da Associação Amigos dos Queimados, que promovemos, teve também como finalidade a inter-

venção nestas áreas, visando além da profilaxia, o apoio aos doentes durante e após o seu internamento hospitalar, a sua mais completa reinserção social, e ainda o incentivo à investigação sobre o tratamento das queimaduras.

### CONCLUSÃO

Do atrás exposto fica a ideia que, apesar do longo caminho efectuado, muito mais teremos que percorrer. As características particulares do doente queimado no nosso País, o seu baixo poder sócio-económico e cultural, que se traduz numa diminuta capacidade reivindicativa, impõem que os profissionais de saúde assumam, sem paternalismos ou atitudes condescendentes, a sua defesa intransigente.

Além de se tentar obter para estes doentes condições hospitalares e métodos de tratamento cada vez mais eficientes, é necessário modificar comportamentos quer

individuais quer colectivos. Juntamente com a educação para a saúde é desejável a adequação da legislação a esta realidade, impondo regras de segurança e promovendo o bem estar físico, psíquico e social das vítimas das queimaduras.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. VIEIRA JV: Pelejando pela criação de Centros de Queimados. J. Médico, Setembro, 1962.
2. WACHTER TL: Critical Care Clinics. Philadelphia: W. B. Saunders, 1985.
3. VIEIRA JV: Queimaduras - Medicina Curativa versus Medicina Preventiva (a propósito de uma experiência médico-pedagógica). J. Médico, Janeiro, 1992.
4. ENDLIN A, LINARES HA, BENAÏM F: Tratado de Quemaduras. México: Interamericana/McGraw Hill, 1993.
5. ÉCHINARD C, LATARJET J: Les Brûlures. Paris: Masson, 1993.
6. DHENNIM C, GRIFFE O, CYNOBER L: Brûlures - Actualités de la Societé Française d' Étude et Traitment des Brûlures. Paris: Masson, 1995.
7. SETTLE JAD: Principles and Practice of Burns Management. New York: Churchill Livingstone, 1996.