

FISIOTERAPIA EM GRANDE QUEIMADO: RELATO DE CASO EM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Gabriela Martins de Lima¹; Thayssa de Moraes Oliveira²; Carolina Brito da Costa³; Kéven Lorena de Paula Gonçalves¹; Patrícia Gazel Picanço⁴

^{1,3,4}Mestrado, ²Graduação

¹Universidade do Estado do Pará (UEPA),

^{2,3}Centro Universitario do Pará (CESUPA),

⁴Universidade Federal do Pará (UFPA)

gabimlima@gmail.com

Introdução: As queimaduras vêm sendo um grande problema de saúde pública, não só quanto à gravidade de suas lesões e ao grande número de complicações, mas também quanto às sequelas relevantes que marcam o paciente queimado. A queimadura é uma ferida traumática causada, principalmente, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Acontece nos tecidos de revestimentos do corpo humano, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, e também as camadas mais profundas, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e osso. A fisioterapia, como parte do processo de reabilitação, atua em todas as consequências da queimadura, não apenas nas alterações motoras e respiratórias, mas também contribui para o bem biopsicosocial dos indivíduos, tendo excelentes resultados na recuperação do paciente queimado. Assim, é essencial a intervenção precoce, ainda no ambiente hospitalar, para que se obtenham os resultados esperados de funcionalidade, cicatrização e restauração da saúde física e emocional dos pacientes. **Objetivos:** o objetivo do presente estudo é descrever o plano de tratamento fisioterapêutico proposto no contexto hospitalar, a um paciente vítima de choque elétrico de alta voltagem. **Descrição da Experiência:** Paciente RSS, 17 anos, vítima de queimadura de 2º grau, por descarga elétrica de alta voltagem totalizando cerca de 45% de área corporal queimada. Foi submetido à intubação orotraqueal precoce e ventilação mecânica, com acompanhamento fisioterapêutico desde a admissão até a alta hospitalar durante 133 dias. Na admissão apresentava escore de oito pontos na escala de coma de Glasgow, hemodinâmica estável, ausculta cardíaca e pulmonar normais, sem sinais de desconforto respiratório. Como conduta inicial, foi realizada intubação orotraqueal e ventilação mecânica (VM) sob pressão controlada (PCV) de modo assistido-controlado (A/C). Houve controle diário dos sinais vitais, balanço hídrico, radiografia de tórax, gasometria arterial e acompanhamento de fisioterapia respiratória e motora, além da realização de curativos cirúrgicos para o cuidado das lesões, realizados e acompanhados pela equipe de cirurgia plástica e enfermagem do referido centro. Paciente permaneceu internado por 133 dias, sendo os primeiros 30 dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) onde permaneceu em ventilação mecânica realizando ajustes dos parâmetros ventilatórios de acordo com a evolução clínica. No 12º dia de internação o paciente foi extubado, porém após ser submetido a curativo cirúrgico apresentou oscilação do nível de consciência por horas, culminando no rebaixamento do mesmo associado a sinais de desconforto respiratório, sendo necessário a reintubação. Ao 16º dia, foi submetido à cirurgia de traqueostomia e suspensão de sedação iniciando o desmame ventilatório considerando sua adaptação da musculatura respiratória. No 25º dia, ainda traqueostomizado, foi retirado da VM e permaneceu com oxigenoterapia. Ao 30º dia, o paciente foi transferido da UTI para enfermagem do Centro de Tratamento de Queimados, no qual permaneceu por 103 dias, realizando procedimentos fisioterapêuticos respiratórios e motores, seguindo uma progressão baseado na evolução diária do usuário. Ao 78º dia, já decanulado, após progressivo desconforto respiratório foi submetido à broncoscopia, diagnosticando-se estenose de traqueia e realizada a segunda cirurgia de

traqueostomia, o que fez o usuário retornar à VM por 24 horas e readaptar seu plano terapêutico, de acordo com as condições clínicas que apresentava. **Resultados:** As condutas fisioterapêuticas propõem o correto posicionamento no leito para prevenção de deformidades, ocorrência de fibrose e rigidez articular, evitando o aparecimento de sequelas definitivas; por isso, a necessidade de alternâncias constantes, a fim de minimizar a instalação de contraturas, prevenir flictenas, úlceras por pressão e edemas¹. A cinesioterapia preserva os movimentos do membro queimado, assim como mantém a função de deslizamento dos tendões, amplitude de movimento e força muscular. A movimentação deve ser iniciada assim que o doente apresentar condições clínicas necessárias para a reabilitação. Primeiro, devido a melhora da circulação aumentando o fornecimento de oxigênio; e, segundo, pela promoção de tensão no tecido, direcionando assim a reestruturação do colágeno². Vários autores também destacam os exercícios de fortalecimento durante a reabilitação do queimado, dentre eles os ergômetros de pedalar ou remar e outras formas de exercício aeróbico, que não apenas funcionam para aumentar a resistência cardiovascular, mas também para melhorar a força e a amplitude de movimento dos membros, sendo necessária a monitorização dos sinais vitais³. A estimulação elétrica também produz um aumento na atividade muscular, por influenciar as propriedades morfológicas, fisiológicas e bioquímicas, resultando no aumento da força muscular ou na recuperação do músculo hipotrofiado pelo desuso. Tal evolução foi observada durante a progressão dos exercícios ativos e resistidos realizados com o usuário, a partir da utilização do cicloergômetro, associado ao uso da estimulação elétrica funcional em membros inferiores. Durante a proposição de um plano terapêutico, é imprescindível que o fisioterapeuta esteja atento ao gasto metabólico deste paciente através do excesso de exercícios ou intensidade dos mesmos. É fundamental o cumprimento de um programa fisioterapêutico bem distribuído, em que não haja sobrecarga de nenhum membro, região ou órgão, pois sabe-se que este paciente apresenta um processo de intenso catabolismo. A integração do fisioterapeuta com os demais profissionais membros da equipe interdisciplinar, principalmente o médicos e nutricionistas, estará diretamente ligada ao sucesso ou insucesso do tratamento². No que diz respeito à funcionalidade, a sedestação e a deambulação deverão ser iniciadas o mais cedo possível, devendo ser interrompidas somente quando presença de enxertos de pele^{4,5}. O ortostatismo, seguido da deambulação e treino de marcha, foram evidenciados neste caso, sendo essenciais para a recuperação funcional motora do paciente, respeitando suas limitações e evolução. Quanto às complicações pulmonares, estas são numerosas, por isso a atuação da fisioterapia deve ser precoce e contínua, utilizando recursos de higiene brônquica, reexpansão pulmonar, e, suporte ventilatório caso necessário, desde a fase de internação até a alta⁴. Assim, a fisioterapia deverá restaurar a função respiratória, com o monitoramento e ajuste dos parâmetros ventilatórios, obedecendo a uma estratégia protetora de ventilação, adequando o paciente a decúbitos e procedimentos que favoreçam a função respiratória, levando à melhora da troca gasosa, e prevenindo complicações pulmonares², que no caso em questão não tiveram pleno retorno funcional devido às complicações advindas da estenose de traqueia. **Conclusão/Considerações Finais:** A assistência fisioterapêutica encontra-se em constante aprimoramento realizando diversas condutas a fim de prevenir e tratar as sequelas imediatas e tardias, devendo ter início precoce, de acordo com o quadro clínico e hemodinâmico do paciente, visando a melhora da qualidade de vida e proporcionando a reintegração social.

Referências:

1. Porto FE, Castro AAM, Leite JRO, Miranda SV, Kumpel ALC. Análise comparativa da complacência do sistema respiratório em três diferentes posições no leito (lateral,

- sentada e dorsal) em pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva prolongada. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(3):213-9.
2. Rocha MS, Rocha ES, Souza JPC. Fisioterapia em queimados: uma pesquisa bibliográfica acerca dos principais recursos fisioterapêuticos e seus benefícios. *Tema Rev Eletrônica Ciênc*. 2010;9(13/14).
 3. Souza TR, Santos RT, Olivatto RM. Treinamento muscular respiratório em lesão inalatória: relato de caso. *Rev Bras Queimaduras*. 2009;8(3):110-4.
 4. Souza AL, Oliveira BC, Andrade C, Monteso K, Rebelo PG, Rodrigues RPC. Queimadura elétrica no Hospital Federal do Andaraí de 1997 a 2010: análise de 152 casos. *Rev Bras Queimaduras*. 2012;11(2):80-4.
 5. Ferreira TCR, Silva LCFS, Santos MIG. Abordagem fisioterapêutica em queimados: revisão sistemática. *Rev Univ Vale do Rio Verde*. 2014;12(2):821-30.