

Perfil epidemiológico de idosos vítimas de queimaduras do Centro de Tratamento de Queimados Dr. Oscar Plaisant do Hospital Federal do Andaraí – Rio de Janeiro-RJ

Epidemiological profile of elderly burn victims of the Burn Treatment Unit Dr. Oscar Plaisant of Hospital Federal do Andaraí – Rio de Janeiro-RJ

Maria Cristina do Valle Freitas Serra¹, Alex Lyudi Sasaki², Pedro Felipe Suárez Cruz³, Ariette Rolli dos Santos⁴, Emylucy Martins Paiva Paradelá⁵, Luiz Macieira⁶

RESUMO

Introdução: A queimadura representa um importante fator traumático em idosos que, somado às condições estruturais e funcionais associadas a patologias crônicas, leva esse grupo de indivíduos a terem maior morbimortalidade decorrente desse agravo.

Métodos: O presente estudo avalia os dados epidemiológicos envolvidos no trauma por queimadura na população de idosos internados no Centro de Tratamento de Queimados Dr. Oscar Plaisant do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro-RJ, entre 2009 e o primeiro semestre de 2014. **Resultados:** Dos 57 idosos internados, 29 eram homens, 61,7 anos, com trauma em forma de acidente decorrente de chama, dentro do domicílio, tendo taxa de óbito de 32%. **Conclusão:** Queimaduras em idosos necessitam de atenção especial devido às condições diferenciadas desses pacientes, expondo-os ao maior risco, bem como maior índice de complicações e óbito.

DESCRIPTORIOS: Perfil Epidemiológico. Queimaduras. Unidades de Queimados. Idoso.

ABSTRACT

Introduction: Burns represent a major trauma factor in elderly patients that, added to physiological changes and chronic pathologies, lead this group to a higher morbidity and mortality. **Methods:** This study evaluate epidemiologic data in old patients burned and hospitalized in Burn Treatment Unit Dr. Oscar Plaisant from Andaraí Federal Hospital, Rio de Janeiro-RJ, between 2009 and first half of 2014. **Results:** From 57 elderly patients hospitalized, 29 were men, 61.7 years, with trauma from accidents by flame, inside home, with 32% death rate. **Conclusion:** Burns in the elderly require special attention due to unique conditions of these patients, exposing them to higher risk as well as higher rates of complications and death.

KEYWORDS: Epidemiological Profile. Burns. Burns Units. Aged.

1. Médica do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Federal do Andaraí. Presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Médico Residente de Cirurgia Plástica do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Médico Especializando da Global Cirurgia Plástica, Hospital Casa de Portugal, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
4. Médica Geriatria do Hospital Naval Marçílio Dias e Membro da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia seção Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
5. Diretora da Comissão Científica da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia seção Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
6. Chefe do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Maria Cristina do Valle Freitas Serra
Centro de Tratamento de Queimados - Hospital Federal do Andaraí
R. Leopoldo, 280 - Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP: 20541-170
E-mail: mcrist9@gmail.com
Artigo recebido: 15/7/2014 • Artigo aceito: 10/9/2014

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define genericamente como idoso aquele indivíduo com 60 anos ou mais¹. A atenção à população idosa tem crescido nos últimos anos, a ponto de se tornar prioridade nos programas de saúde pública em todo o mundo. Em escala global, esse grupo compreende cerca de 11% da população geral, com expectativa de aumento nas próximas décadas. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população de idosos passou de 9,1% em 1999 para 11,3% em 2009¹⁻³.

Tal crescimento, associado a uma forma de vida mais saudável e mais ativa, deixa este grupo de pessoas mais exposto ao risco de acidentes². Além disso, modificações sociais e da estrutura familiar fazem com que grande parte dessa faixa etária não conte com o auxílio de pessoas mais jovens e, portanto, tenha que se expor a riscos de acidentes ao desempenhar tarefas domésticas. Esses pacientes representam um desafio para os que tratam das queimaduras⁴. Esse tipo de trauma representa importante causa de morte entre os idosos vítimas de acidente. A idade avançada diminui significativamente a taxa de sobrevivência decorrente desse agravamento. Entretanto, a porcentagem da área corporal comprometida ainda é o principal fator prognóstico nesse tipo de acidente nos idosos. Queimaduras que comprometam mais de 10% da superfície corporal no idoso são consideradas graves; quando a área comprometida envolve 40%-50%, o acidente tem quase sempre evolução fatal⁵⁻⁷.

As alterações estruturais e funcionais, assim como a coexistência de doenças sistêmicas, predispõem os idosos a diversos acidentes, principalmente quando comparadas àquelas pessoas com grande reserva fisiológica. Apesar dos idosos sofrerem as mesmas lesões dos indivíduos mais jovens, apresentam diferenças no que diz respeito ao espectro das lesões, à dominância sexual, à duração e ao resultado da evolução^{2,8,9}.

O presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico dos pacientes idosos internados no Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) Dr. Oscar Plaisant do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro-RJ, no período de 2009 ao primeiro semestre de 2014.

MÉTODO

Estudo retrospectivo realizado no período entre janeiro de 2009 a julho de 2014. Os dados foram coletados do banco de dados do CTQ e transportados para a planilha do Microsoft Excel. As variáveis analisadas foram gênero, idade, agente causal, local e qualificação do trauma, superfície corpórea queimada (SCQ%), tempo de internação e óbito.

RESULTADOS

Foram internados 57 pacientes, sendo 51,9% do gênero masculino e a mediana da idade 61,7 anos. O agente causal mais

frequente foi a chama (42%), seguido do líquido (19%), gás (18%), álcool (14%), elétrica (5%) e combustível (2%) (Tabela 1 e Figura 1).

Quanto à localização, 51 queimaram-se dentro do domicílio, três em acidentes de trabalho, dois em via pública e um fora do domicílio. (Tabela 2, Figura 2). Do total, 55 foram acidentes e houve duas tentativas de suicídio (Figura 3). A maioria teve como tempo de internação de duas a cinco semanas, sendo 17 com duas a três e 15 com quatro a cinco semanas. O número de internações foi de 11 pacientes em 2009, nove em 2010, 2011 e 2012, 15 em 2013 e quatro no primeiro semestre de 2014 (Tabela 3 e Figura 4).

A superfície corporal queimada em porcentagem (SCQ%) predominante foi de 10% a 19% em 23 pacientes, 20% a 29% em 12, 0% a 9% em 10, 30%-39% em quatro, 40% a 49% em cinco e 50 a 59% em três (Tabela 4 e Figura 5).

A taxa de óbito foi de 32%, tendo sido nove homens e nove mulheres (Figura 6). Os agentes causais mais frequentes dentre os óbitos foram chama, gás e álcool, com localização dentro do domicílio, decorrentes de acidentes e tempo de internação de duas a três semanas. A superfície corpórea queimada foi de 10%-19% em seis pacientes, 40%-49% em cinco, 30%-39% em três, 20%-29% em dois e 50%-59% em dois (Figura 7).

TABELA 1
Agentes causais.

Agente	Pacientes
ÁLCOOL	8
CHAMA	24
LÍQUIDO	11
ELÉTRICA	3
GÁS	10
COMBUSTÍVEL	1

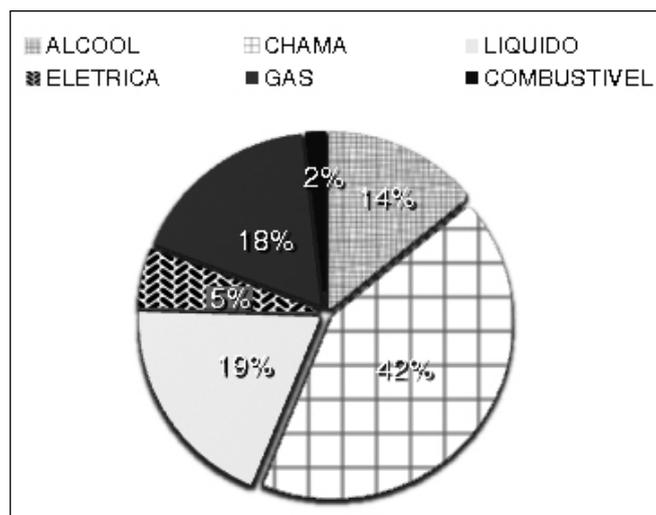


Figura 1 – Agentes causais.

TABELA 2
Local onde o trauma ocorreu.

Local	Pacientes
DOMICILIAR DENTRO	51
TRABALHO	3
VIA PÚBLICA	2
DOMICILIAR FORA	1

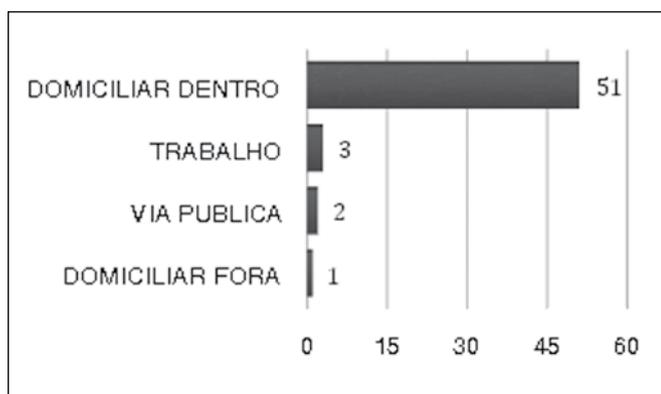


Figura 2 – Local onde o trauma ocorreu.

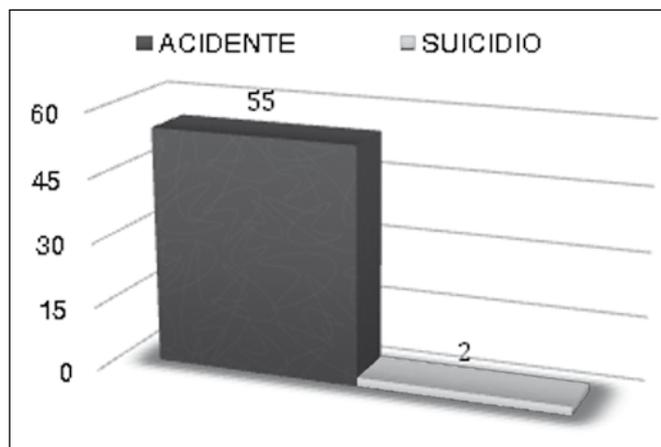


Figura 3 – Causas da queimadura.

TABELA 3
Número de internações de pacientes idosos entre 2009 e 2014.

Ano	Pacientes
2009	11
2010	9
2011	9
2012	9
2013	15
2014	4

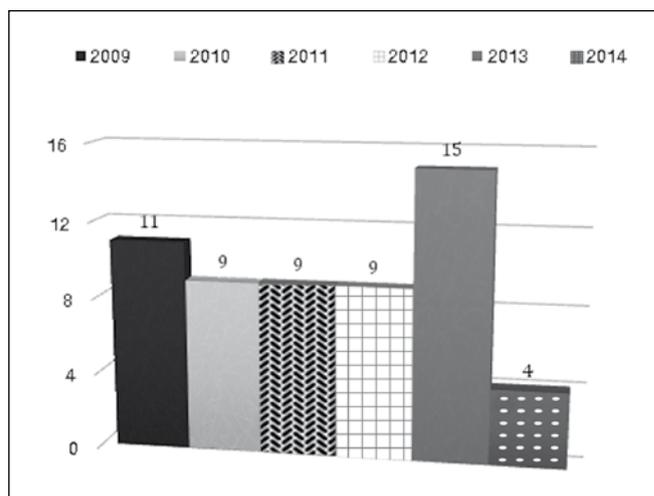


Figura 4 – Número de internações de pacientes idosos entre 2009 e 2014.

TABELA 4
Porcentagem da superfície corporal queimada.

SCQ%	Pacientes
0-9	10
10 - 19	23
20-29	12
30-39	4
40-49	5
50-59	3

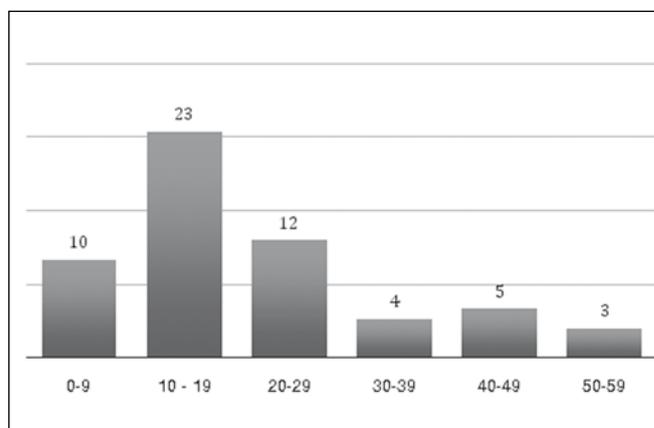


Figura 5 – Porcentagem da superfície corporal queimada.

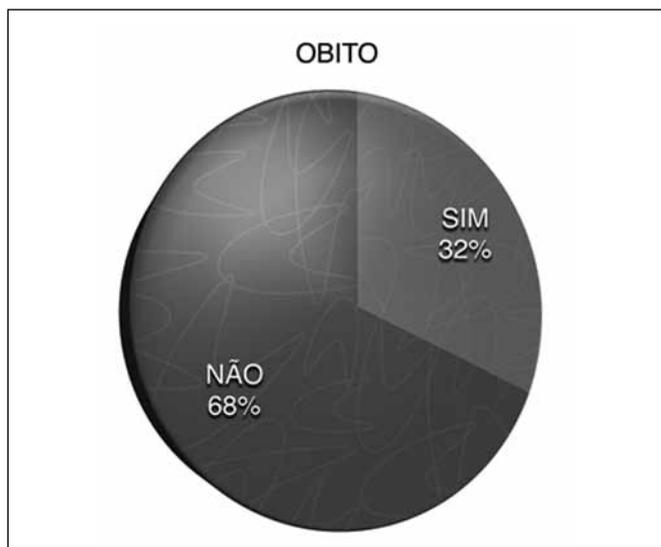


Figura 6 – Gráfico mostrando taxa de óbito de 32%, 9 homens e 9 mulheres.

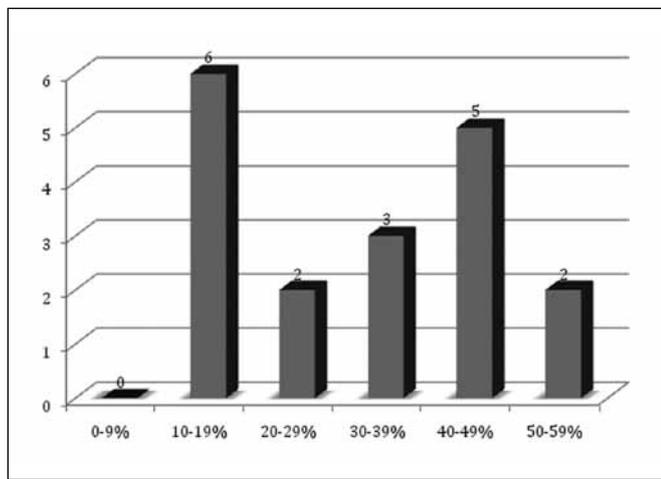


Figura 7 – Número de óbitos de acordo com a porcentagem da superfície corporal queimada %.

DISCUSSÃO

Com o progressivo envelhecimento populacional, as questões referentes à prevenção de acidentes, das lesões traumáticas graves e das queimaduras em indivíduos idosos vêm ganhando importância. A idade avançada tem sido apontada como um importante fator de risco para a ocorrência de queimaduras, além de contribuir para uma evolução clínica desfavorável e incrementar as suas complicações¹⁰⁻¹⁴.

Existe uma miríade de fatores que aumentam a susceptibilidade do idoso aos traumas e queimaduras, dentre os quais podemos destacar as alterações fisiológicas do envelhecimento, a presença de multimorbidade, os déficits sensoriais, funcionais e cognitivos, além de fatores sociais e ambientais¹².

A superfície cutânea propicia proteção contra micro-organismos invasores e radiação ultravioleta, além de evitar a perda anormal de líquido, auxiliando na termorregulação. O envelhecimento fisiológico resulta em alterações cutâneas e imunológicas que aumentam o risco das queimaduras. Devido a sua exposição, a pele é o órgão do corpo humano que mais evidencia o envelhecimento do indivíduo¹⁵.

O envelhecimento cutâneo não ocorre de maneira homogênea entre os indivíduos, pois se deve tanto aos fatores intrínsecos, relacionados à genética e à idade, quanto aos fatores extrínsecos como a exposição solar e o tabagismo, por exemplo^{10,15}. O conjunto dessas alterações que ocorrem ao longo da vida ocasiona, de maneira geral, uma redução na espessura da pele, diminuição na resposta inflamatória, lentificação do processo de cicatrização e desregulação térmica, além da predisposição às lesões devido à diminuição da sensibilidade tátil e vibratória.

Na epiderme, observa-se diminuição da espessura, redução dos melanócitos e das células de Langerhans. Na derme também se observa redução da espessura, além de diminuição dos fibroblastos, mastócitos e vasos sanguíneos. Observa-se, ainda, redução das fibras de colágeno, assim como sua desorganização, o que contribui com a modificação do processo de cicatrização.

Os corpúsculos de Vater-Pacini e Meissner decrescem sua densidade sobre a pele, reduzindo a sensibilidade à pressão, tátil e vibratória, além de aumentar o limiar de sensibilidade dolorosa, o que predispõe às lesões traumáticas graves, como as queimaduras.

No idoso, observa-se um estado inflamatório crônico, devido ao aumento de citocinas, que está relacionado ao aumento da prevalência e gravidade das infecções, além de complicações após traumas. Ressalta-se que as interleucinas associadas à imunosenescência, como a IL-1 β , IL-6 e TNF- α também estão relacionadas à resposta inflamatória após as queimaduras⁴. As alterações imunológicas decorrentes do envelhecimento desempenham um papel significativo na complicação das infecções e aumentam a morbimortalidade dos pacientes idosos queimados.

A multimorbidade se refere à história patológica do idoso, que, geralmente, tem mais de uma doença crônica, como doenças cardiovasculares, diabetes melitus, pneumopatias, insuficiência renal crônica e doenças neurodegenerativas. Além disso, os idosos tendem a ter suas reservas fisiológicas no limite inferior, aumentando a sua vulnerabilidade aos desfechos negativos em situações agudas, como nas queimaduras.

A presença de doenças crônicas associada à polifarmácia e à fragilidade geralmente resulta em limitações físicas, como alteração de marcha e do estado de alerta, podendo culminar na dificuldade de prevenir acidentes e em uma lentificação da resposta ao trauma.

Quando o grau de independência nas atividades físicas está comprometido, com redução da mobilidade, reduz-se também a capacidade de prevenir acidentes e de fugir em caso de perigo.

A desnutrição contribui não só para a redução da mobilidade como também diminui a resposta do sistema imunológico e atrasa o processo de cicatrização das feridas.

Os déficits sensoriais não corrigidos, funcionais e cognitivos, são de fundamental importância quando se pensa em prevenção

de acidentes. Neste sentido, é fundamental uma avaliação global dos idosos por uma equipe preparada, assim como do domicílio, para planejar medidas que garantam um ambiente seguro, tanto para prevenir incêndios quanto para viabilizar uma rota de fuga quando necessário^{11,13}. Independentemente do ambiente adaptado, o idoso portador de déficit cognitivo necessita de vigilância, devido à possibilidade de colocar-se em situação de risco inadvertidamente.

Alguns fatores sociais e ambientais estão relacionados ao risco de trauma e são: o idoso que vive sozinho, baixo nível econômico e baixa escolaridade. O baixo nível socioeconômico e escolar dificulta tanto o entendimento das situações de risco quanto a aquisição de equipamentos necessários à prevenção de incêndios ou mesmo adequada manutenção do domicílio.

A resposta endócrino-metabólica ao trauma resulta em um estado de hipermetabolismo e catabolismo em qualquer indivíduo. No idoso queimado, pode culminar em perda muscular e de densidade óssea, acentuando o seu estado de fragilidade e, assim, dificultando ainda mais o processo de cicatrização¹⁰.

A lesão por queimadura é relevante, não só pelo local afetado em si, mas também por seus efeitos sistêmicos, incluindo os causados por inalação. Dentre as complicações sistêmicas que implicam na recuperação clínica, observa-se a lesão pulmonar aguda, síndrome do desconforto respiratório agudo, depressão do miocárdio e insuficiência renal¹⁰.

O idoso queimado apresenta maior morbimortalidade, tem recuperação mais lenta, mais complicações e, conseqüentemente, maior tempo de hospitalização e custo tanto no cuidado agudo como na reabilitação^{11,14}.

CONCLUSÃO

As queimaduras em idosos necessitam de atenção especial, devido às condições diferenciadas desses pacientes, expondo-os ao maior risco desse trauma, bem como maior índice de complicações e óbito. O perfil do paciente idoso internado no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Federal do Andaraí pode ser

resumido em um indivíduo de 61,7 anos, decorrente de acidente domiciliar com queimadura por chama, apresentando superfície corpórea queimada de 10% a 19% e risco de morte de 32%.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid; 2002 [Acesso 5 maio 2014]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
2. Souza JAG, Iglesias ACRG. Trauma no idoso. *Rev Assoc Med Bras.* 2002;48(1):79-86.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Populacionais. Uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010 [Acesso 5 maio 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2010/>
4. Schiozer W. Tratamento de queimaduras em pacientes idosos. *Rev Bras Queimaduras.* 2011;10(4):105.
5. Banerjee C. Burns in elderly patients. *J Indian Med Assoc.* 1993;91(8):206-7.
6. Bhatia AS, Mukherjee BN. Predicting survival in burned patients. *Burns.* 1992;18(5):368-72.
7. Hunt JL, Purdue GF. The elderly burn patient. *Am J Surg.* 1992;164(5):472-6.
8. Champion HR, Copes WS, Buyer D, Flanagan ME, Bain L, Sacco WJ. Major trauma in geriatric patients. *Am J Public Health.* 1989;79(9):1278-82.
9. Finelli FC, Jonsson J, Champion HR, Morelli S, Fouty WJ. A case control study for major trauma in geriatric patients. *J Trauma.* 1989;29(5):541-8.
10. Rani M, Schwacha MG. Aging and the pathogenic response to burn. *Aging Dis.* 2012;3(2):171-80.
11. Grant EJ. Preventing burns in the elderly: a guide for home healthcare professional. *Home Healthc Nurse.* 2013;31(10):561-73.
12. Older adults and burns. Davidge K, Fish J. *Geriatr Aging.* 2008;11(5):270-5.
13. Fire and burn safety for older adults - Educator's Guide. A Community Fire and Burn Prevention Program Supported by the United States Fire Administration Federal Emergency Management Agency [Acesso 5 maio 2014]. Disponível em: <http://www.ameriburn.org/Preven/BurnSafetyOlderAdultsEducator%27sGuide.pdf>
14. Huang SB, Chang WH, Huang CH, Tsai CH. Management of elderly burn patients. *Int J Gerontol.* 2008;2(3):91-7.
15. Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FA XC, Gorzoni ML, Doll J. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

Trabalho realizado no Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.