

# Fisioterapia no Tratamento de Queimaduras em uma Unidade de Terapia Intensiva

*Physiotherapy in the treatment of burns in an intensive care unit*

*Fisioterapia en el tratamiento de quemaduras en una unidad de cuidados intensivos*

Marilene P Massoli

A queimadura, a meu ver, é uma das mais ricas afecções tratadas pela fisioterapia. É ampla e multifacetada a função do fisioterapeuta em uma Unidade Terapia Intensiva (UTI) de queimados. Equipe de parada, fisioterapia respiratória, ventilação mecânica, prevenção de sequelas cicatriciais, confecção de órteses preventivas, corretivas, intervenção em perioperatório; início do tratamento cicatricial, treino das atividades de vida diária. Na restauração funcional o recurso é nossa essência: *o manuseio*.

O paciente queimado sofre alterações pulmonares, motoras e estéticas. Necessita tratamento fisioterápico desde a internação até a maturação completa de sua cicatriz, em torno de 24 meses. Os grandes queimados, > 26% superfície corporal queimada (SCQ) de II grau ou > 10% III grau<sup>1</sup>, assim como os portadores de lesão inalatória, são admitidos em UTI.

*Na admissão são aplicados preditores de mortalidade que consideram a SCQ, a profundidade da lesão e a faixa etária; índice esse bastante agravado pela lesão inalatória<sup>2</sup>.*

O queimado é um politraumatizado grave, que requer tratamento especializado e uma equipe interdisciplinar especialmente treinada e integrada. Um tórax ocluído, com alterações de expansibilidade torácica, baixo volume corrente pode nos sugerir síndrome compartimental e devemos nos certificar de não tratar-se de uma lesão de III grau em tronco anterior ou áreas costais que impeçam expansibilidade basal. Também um curativo muito apertado pode afetar a expansibilidade torácica. Dessa forma, devemos estar atentos à verificação dessas restrições, evitando atelectasias iatrogênicas e dor<sup>3</sup>. Passadas as primeiras horas com quadro similar, pode-se sugerir síndrome compartimental abdominal, que é uma urgência cirúrgica.

Na verdade, o trabalho da fisioterapia começa na sala de emergência, antes mesmo do primeiro procedimento cirúrgico. Em relação à assistência ventilatória, na sala de emergência e na UTI há uma variação em relação a cada serviço. Em alguns, a ventilação mecânica fica a cargo da fisioterapia, em outros ela é compartilhada com o intensivista. Vamos, aqui, estabelecer estratégias ventilatórias para um paciente grave e com grande número de intervenções cirúrgicas.

A queimadura em ambiente fechado pode causar graves lesões em vias aéreas, por hipóxia, lesão térmica em via aérea superior e, ainda, lesão química em vias aéreas inferiores. A precocidade do tratamento fisioterápico contribui de maneira decisiva para a minimização das sequelas. O fisioterapeuta atento aos recursos e terapêuticas adequados disponíveis, bem integrado à equipe na condução e viabilidade do caso, é decisivo nesse processo de minimização dos efeitos da lesão inalatória e rápida saída da ventilação mecânica.

*E as lesões de pele? A fisioterapia dermatofuncional, ao tratar a queimadura, lida com uma multiplicidade de complicações associadas e deve estar preparada para isso. Traumas torácicos, fraturas de grandes ossos, fraturas de coluna, pacientes neurológicos, psiquiátricos...*

A presença de trauma torácico associado a uma lesão inalatória e queimadura de tórax já reduz as possibilidades terapêuticas no decúbito. Aumento de dor. Em caso de enxertia, se for contralateral ao trauma, multiplicamos as restrições. Ampliamos desafios. E nos brilham os olhos. Prontos a superá-los e ensinar isso ao nosso paciente. Um desafio por dia, sempre!

*Avaliar diariamente as lesões é uma tarefa imprescindível ao fisioterapeuta de queimadura, mesmo ao que atua na terapia intensiva. É nessa avaliação que sabemos sobre a lesão, sangramentos, áreas possíveis de apoio, condições de integração do enxerto -- bem integrado ou frágil? Vamos sair do repouso ou não. Retalho, alguma isquemia, se é possível assentar ou sair do leito, ou seja, nosso plano terapêutico para o dia. Estar sempre*



---

atento ao metabolismo, ou melhor, ao catabolismo desse paciente na condução da cinesioterapia. Esse gasto energético deve ser o suficiente para preservar a função<sup>4</sup>. Observar a formação das linhas de tensão, antes que elas produzam deformidades. E junto a tudo isso você e seu paciente tem uma parceria diária: **a dor física e emocional**. Como é a rica troca diária e a relação de confiança que nos permite avançar a barreira do medo e da dor e estabelecer avanços funcionais significativos.

Reabilitação abrangente, precoce e agressiva, resulta em melhora da capacidade funcional e menor tempo de recuperação<sup>5</sup>. Seja na sala de emergência, terapia intensiva, enfermaria ou ambulatório, tenham sempre a certeza de que o trabalho com o paciente queimado é interdisciplinar, maravilhoso e orquestrado por uma equipe integrada

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1274, de 22 de novembro de 2000. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=3545](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=3545)
2. Osler T, Glance LG, Hosmer DW. Simplified estimates of the probability of death after burn injuries: extending and updating the baux score. J Trauma. 2010;68(3):690-7.
3. Torquato JA, Pardal DMM, Lucato JJJ, Fu C, Gómez DS. O curativo compressivo usado em queimadura de tórax influencia na mecânica do sistema respiratório? Rev Bras Queimaduras. 2009;8(1):28-33.
4. Simon L, Dossa J. Reabilitação no Tratamento das Queimaduras. São Paulo: Roca; 1986.
5. ISBI Practice Guidelines Committee; Steering Subcommittee; Advisory Subcommittee. ISBI Practice Guidelines for Burn Care. Burns. 2016;42(5):953-1021.

---

## TITULAÇÃO DO AUTOR

**Marilene P Massoli** - Presidente da Sociedade Brasileira de Queimaduras – Regional Minas Gerais.