

Epidemiologia dos pacientes queimados no contexto de agressão interpessoal admitida no centro nacional de pacientes com queimaduras (CE.NA.QUE), Hospital de Clínicas, Montevideu- Uruguai

GEORGINA DE ANGELIS ^{1*}
GABRIEL OTORMIN ¹
OSCAR JACOBO ²

■ RESUMO

O objetivo é descrever o perfil epidemiológico dos pacientes admitidos no CENAQUE com queimaduras causadas por terceiros no contexto da violência interpessoal. **Métodos:** Estudo epidemiológico, retrospectivo e descritivo, realizado com base na análise dos registros médicos dos pacientes admitidos no CENAQUE no período compreendido entre 1º de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2016. Os critérios de inclusão incluem todos os pacientes admitidos no CENAQUE, com diagnóstico de queimados, que na sua história clínica na admissão existe “agressão interpessoal” como mecanismo de lesão. Nós excluímos os pacientes que foram classificados como agressão interpessoal, mas a partir da análise de sua história clínica, surge outro contexto de lesão. Os seguintes aspectos demográficos foram analisados: idade, sexo, origem, comorbidades, superfície total do corpo queimado (SCTQ), profundidade, topografia, presença de queimadura da via aérea, situação de violência doméstica, situação da rua, privação de liberdade e evolução. **Resultados:** 39 pacientes foram registrados durante o período acima mencionado com queimaduras causadas no contexto da violência interpessoal. A maioria dos homens, com idade média de 33,2 anos. Mais de 50% tinham alguma comorbidade médico-psiquiátrica associada. O agente de lesões térmicas mais utilizado foi o fogo direto. **Conclusões:** Os pacientes com queimaduras causadas por terceiros em um contexto de violência são principalmente homens, com idade média de 33,2 anos. A maioria deles tem algumas afecções médico-psiquiátricas associadas e 1 em cada 4 tem dependência de drogas. Houve grande variabilidade na superfície total do corpo queimado. Sabemos que há uma subnotificação de casos de violência interpessoal e fundamentalmente de violência doméstica que podem corresponder à variabilidade na terminologia utilizada no registro de cada paciente no sistema, ou mesmo à omissão da própria queixa do paciente.

Descritores: Epidemiologia; Unidades de queimados; Agressão.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0086

INTRODUÇÃO

A violência interpessoal é considerada uma pandemia, não existe em todo o mundo seguro. Todos os anos, mais de 1,6 milhão de pessoas em todo o mundo perdem a vida violentamente¹. Uma proporção considerável dos custos na violência corresponde ao seu impacto na saúde e ao peso que impõe às instituições de saúde, pelo que o interesse do setor da saúde é a prevenção e tem um papel fundamental a desempenhar a este respeito. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como: O uso deliberado de força física ou poder, em termos de ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, o que causa ou tem a probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, distúrbios do desenvolvimento ou privação^{1,2}.

Queimaduras, por outro lado, constituem um problema global de saúde pública, causando 265 mil mortes por ano. A OMS refere que eles são a quinta causa da morte violenta no mundo. As queimaduras não fatais são uma das principais

causas de morbidade, incluindo hospitalização prolongada, desfiguração e deficiência¹.

OBJETIVO

O objetivo é estudar a prevalência, etiologia e características de pacientes com queimaduras causadas por violência interpessoal que entram no CENAQUE, alertando as autoridades médicas e governamentais para ajudar na construção de medidas de proteção.

MÉTODOS

O CENAQUE, um centro de referência em Montevideu, no Uruguai, para atendimento especializado de pacientes com queimaduras severas, possui internação média anual de 177 pacientes. Tem uma sala de cuidados intermediários e terapia intensiva, 2 salas de balneoterapia e uma sala de operação. O gerenciamento dos pacientes é responsabilidade de uma equipe interdisciplinar, incluindo cirurgiões plásticos, intensivistas, anestesistas, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e

¹ Hospital de Clínicas, Montevideu, Uruguai.

² Centro Nacional de Queimados. Hospital de Clínicas, UDELAR, Montevideu, Uruguai.

psiquiatras, assistentes sociais, nutricionistas, laboratórios e hemoterapeutas³.

Realizamos um estudo epidemiológico retrospectivo e descritivo, com base na análise dos registros médicos dos pacientes admitidos no CENAQUE no período de 1º de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2016.

Os critérios de admissão a este centro são:

• Queimaduras de risco

Queimaduras intermediárias, que comprometem entre 25 e 30% do SCT.

Queimaduras profundas, que incluem 5 a 10% do SCT.

Queimaduras circunferenciais interferentes de membros, a menos que por sua extensão determinem a mudança para a categoria de queima crítica.

Queimaduras intermediárias ou profundas em áreas de risco funcional (face, mãos, pés, dobras e períneo) quando, devido à extensão, profundidade e topografia, prevê-se a possibilidade de sequelas funcionais.

A lesão potencial ou provável das vias aéreas de acordo com as circunstâncias do acidente, estigmas faciais, etc será considerada como um risco máximo de 24 horas, período durante o qual será necessário definir se a lesão acima mencionada está presente. Se for afirmativo, será classificado como crítico, enquanto que, se não for confirmado, ele deixará a cobertura financeira da FNR para esse conceito.

Lesões elétricas por corrente de baixa tensão se as seguintes condições adicionais forem atendidas: a) contração muscular prolongada, b) lesões de tecidos moles, se na ausência de a) ou b) o movimento enzimático é verificado.

• Queimaduras Críticas

Queimaduras intermediárias que comprometem mais de 30% do SCT

Queimaduras profundas que comprometem mais de 10% do SCT

Queimaduras complicadas com: ferimento da via aérea confirmada, trauma associado grave

Lesões térmicas das vias aéreas confirmadas

Queimaduras elétricas com repercussão funcional orgânica ou geral³

Os critérios de inclusão neste estudo incluem todos os pacientes admitidos no CENAQUE e cuja história clínica na admissão inclui as seguintes palavras-chave: “agressão interpessoal”, “violência interpessoal”, “agressão”, “agressão por terceiros”, “agressão interpessoal” violência doméstica “. Os pacientes que foram classificados como agressão interpessoal foram excluídos, mas a partir da análise de sua história clínica, surgiu outro contexto de lesão além do título.

As seguintes variáveis demográficas foram analisadas: idade, sexo, origem, comorbidades, SCTQ, profundidade, topografia, queimadura das vias aéreas, violência doméstica, situação de rua, privação de liberdade⁴.

RESULTADOS

39 pacientes preencheram os critérios de inclusão analisados. Isso corresponde a 2% da renda total no período acima mencionado. Observamos um aumento anual principalmente nos primeiros 6 anos, para ambos os sexos.

Quanto ao sexo, 11 eram mulheres e 28 eram homens. A faixa etária foi de 14 a 74 anos (33,81±2,39 anos). Foram levadas em conta como comorbidades patológicas psiquiátricas crônicas, tais como: tabagismo, HBP, DM, asma, depressão, transtorno de personalidade, entre outros; alguns deles estão presentes em 53,8%. 20,5% não apresentavam comorbidades

Comorbidades médico-psiquiátricas

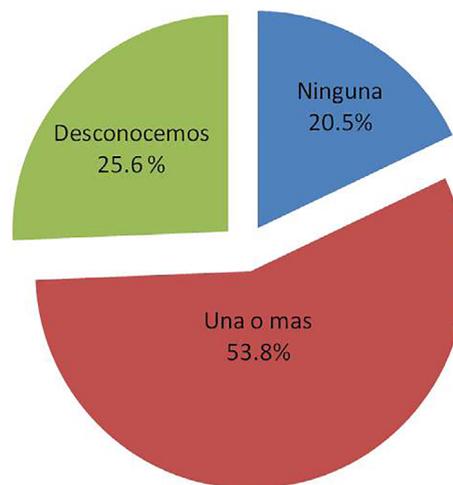


Figura 1. Gráfico que mostra a distribuição de acordo com a presença de comorbidades médico-psiquiátricas na população estudada.

SCTQ

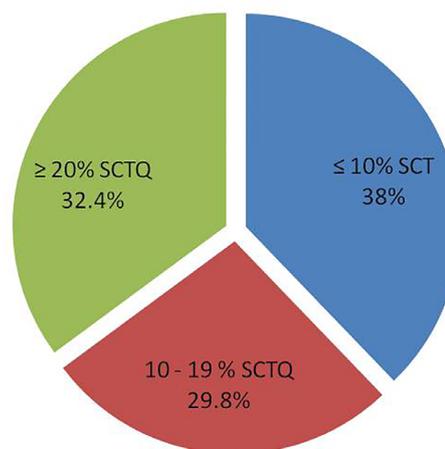


Figura 2. Gráfico que mostra a distribuição de acordo com a superfície total do corpo queimado na população estudada.

(Figura 1). A dependência de drogas como cocaína, pasta de base de cocaína e maconha foi avaliada como um fator independente; estar presente em 25,6% dos pacientes.

O SCTQ foi de 1,0% a 72%, com 37,8% dos pacientes apresentando SCTQ menor ou igual a 10%; 29,8% dos pacientes com SCTQ entre 10 e 19%; e 32,4% dos pacientes apresentaram SCTQ maior ou igual a 20% (Figuras 2 e 3). Quanto à profundidade e lembrando queimaduras superficiais de graus de 1º grau, intermediárias para 2º grau e profundas até 3º grau ou mais, 25 pacientes (64%) apresentaram queimaduras profundas, 17 das quais apresentaram uma área de 5% ou mais de SCTQ.

Quanto à topografia da queimadura: 69,2% apresentaram queimaduras na cabeça e no pescoço, 74,4% no tronco, 89,7% nos membros superiores, 43,6% nos membros inferiores e apenas 1 paciente (2,5%) nos genitais (Figura 4). A queima de via aérea foi registrada em 46,2%. Com relação ao agente de lesão térmica, o fogo direto é identificado em 77% dos

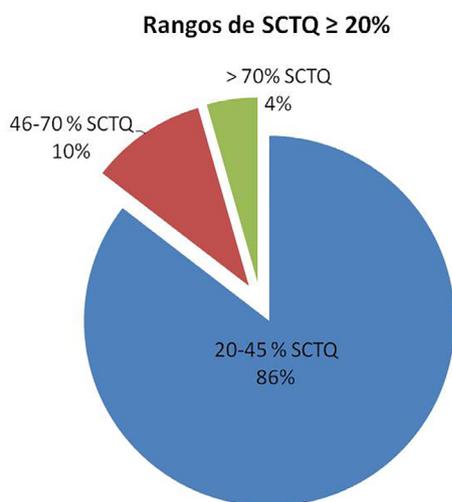


Figura 3. Gráfico que mostra uma subdivisão da faixa SCT superior a 20% em 3 intervalos que implicam significância prognóstica.

pacientes, seguindo líquidos quentes (15,4%), completando 100% de outros agentes, como ácido e gordura quente.

Havia 23,1% de pacientes em quem a agressão ocorreu em um contexto de violência doméstica; 7,7% em pacientes privados de liberdade e 23,1% em pacientes que estão em situação de rua.

DISCUSSÃO

Não existe um país a salvo da violência. Anualmente, mais de 1,6 milhão de pessoas no mundo perdem a vida violentamente. A violência é um fenômeno social, econômico e cultural. Queimaduras, por outro lado, são um problema global de saúde pública e causam 265.000 mortes por ano. A OMS refere que eles são a quinta causa da morte violenta no mundo.

No CENAQUE, as queimaduras infligidas por terceiros ocupam uma parte importante das internações totais, não sendo a principal causa delas. Este lugar é ocupado pelos acidentes domésticos. O agente causal mais utilizado é o fogo direto, sendo pulverizado com agentes inflamáveis antes da ignição.

72% eram homens, com idade média de 33,81 anos. 53,8% dos pacientes apresentavam comorbidades. 23,1% dos casos ocorreram no contexto da violência doméstica. Outros 23,1% estavam em situação de rua. 37,8% dos pacientes apresentaram SCTQ inferior a 10% e 64% apresentaram queimaduras profundas. A topografia mais afetada foi: membros superiores (89,7%) e, em segundo lugar, face e pescoço (69,2%). Isso nos faz pensar sobre o tipo de agressão e o uso do membro superior como método de defesa⁵.

CONCLUSÃO

Os pacientes com queimaduras causadas em um contexto de violência são principalmente homens, com idade média de 33,81 anos.

53,8% têm algumas patologias médico-psiquiátricas associadas e 1 em cada 4 tem algum vício em drogas ilegais. Acreditamos que é interessante conhecer a presença de patologia psiquiátrica ou vícios no agressor, fato que pode desencadear ou predispor à violência. Esta informação, por razões óbvias, não aparece nos prontuários médicos.

Nos casos de violência doméstica, não conhecemos o sexo do agressor e o grau de parentesco com a vítima, uma

Regiones corporales

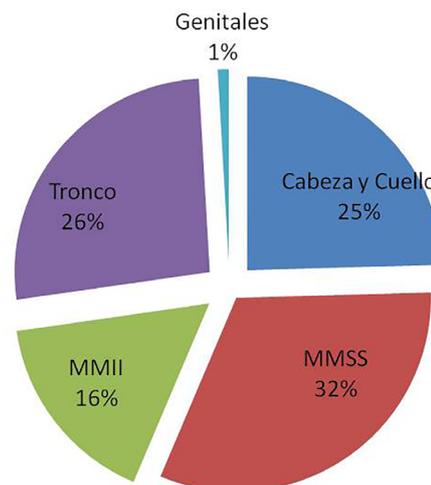


Figura 4. Gráfico que mostra a distribuição de acordo com a topografia de queimaduras na população estudada.

variável independente a ter em conta na criação de medidas preventivas⁵. 37,8% dos pacientes apresentaram queimaduras de menos de 10% de SCTQ, com diferença de apenas 5,4% com queimaduras superiores a 20%. 89,7% dos pacientes apresentaram queimaduras com MMSS. E em 77% dos casos, o agente utilizado foi o fogo.

A impressão subjetiva é que há um maior número de casos de violência interpessoal, não coincidindo com os dados objetivos registrados, talvez devido à variabilidade na terminologia utilizada no registro de cada paciente no sistema ou mesmo à omissão da queixa. Embora saibamos que existe um sub-registro desses casos, principalmente a violência doméstica, este estudo e a análise de suas variantes podem ser o início de outros estudos relacionados à criação de políticas de saúde atuando sobre fatores de risco, reduzindo assim os custos sociais e econômicos dos pacientes, do meio ambiente e do ambiente de saúde⁶.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Facts About injuries: burn [acesso 2014 Fev 26]. Disponível em: www.who.int/mipiles/2014/burns1.pdf
2. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002. [acesso 2018 Fev 26]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
3. Fondo Nacional de Recursos. Tratamiento de Quemados. [acesso 2018 Abr 7]. Disponível em: http://www.fnr.gub.uy/tratamiento_quemados
4. Gaviria-Castellanos JL, Gómez-Ortega V, Gutiérrez P. Quemaduras químicas por agresión: características e incidencia recogidas en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2015;41(1):73-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S0376-78922015000100009>
5. Ministerio Del Interior de Uruguay. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. 2011. [acesso 2018 fev 26]. Disponível em: https://www.minterior.gub.uy/observatorio/images/stories/violencia_domestica2011.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Traumatismos y Violencia. Datos. [acesso 2018 Fev 26]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44335/1/9789243599373_spa.pdf

*Endereço Autor:

Georgina De Angelis

Av Italia S/N, 11600 Montevideo, Uruguai

E-mail: georginadeangelis@hotmail.com