

Enxerto Cutâneo no Paciente Queimado – Profilaxia Antibiótica Sistêmica

Skin Graft in Burn Patients – Systemic Antibiotic Prophylaxis

Autor: **Andréa Varon**

Dra. Especialista en Doenças Infeciosas

Centro de Queimaduras do Hospital Andaraí, Rio de Janeiro, Brasil

andreagvaron@gmail.com

Resumo

O cuidado de feridas de queimaduras profundas avançou na última década, com o surgimento de várias opções de curativos. No entanto, eventualmente é necessário o enxerto de pele em queimaduras mais profundas, nas quais o tecido não se reepiteliza. Como os pacientes ainda apresentam altas taxas de colonização e infecção por queimaduras, apesar dos cuidados com as feridas, há preocupação sobre as melhores práticas na cirurgia de enxerto de pele nessa população.

Palavras-chave: queimadura, enxerto, profilaxia antibiótica

Abstract

Wound care of deep burns has advanced in the last decade, with advent of many dressings options. However, eventually skin grafting is needed in deeper burns in which the tissue does not re-epithelialize. Since patients still have high rates of burn colonization and infection despite wound care, there is concern about best practices in skin grafting surgery in this population.

Keywords: burn, graft, antibiotic prophylaxis

Introdução

O termo “profilaxia antibiótica operatória” se refere ao uso de antibiótico para evitar complicações infecciosas relacionadas ao procedimento cirúrgico. Neste cenário, é regra o curto tempo de uso, que se inicia no pré-operatório imediato 30 minutos a 1 hora antes da incisão, e termina em, no máximo, 24 horas do pós-operatório (1, 2). É importante ressaltar que os guidelines são direcionados para cirurgias limpas, sem infecção prévia imediatamente ao procedimento. Pacientes com queimaduras profundas que necessitam de enxertia frequentemente possuem a área receptora colonizada, o que aumenta o risco de infecção pós-operatória.

As evidências sobre o benefício da profilaxia antibiótica nas cirurgias de enxerto no paciente queimado são escassas e antigas, e somente dois artigos se destacam. Em 1989 Griswold e cols. avaliaram 213 pacientes com menos de 20% SCQ entre 1985 e 1987 que receberam enxertia (3). Todos fizeram preparo da região receptora sulfadiazina de prata, e 190 receberam profilaxia com cefazolina por 24 horas ou outro antibiótico guiado por cultura de swab de ferida pré-operatória. A ocorrência de infecção do enxerto foi menor naqueles que receberam profilaxia (7% x 30%, $p < 0,001$). Ramos e cols. randomizaram entre 2001 e 2006 setenta e sete pacientes com queimaduras agudas profundas e um total de 90 enxertias para profilaxia antibiótica ou conduta conservadora (4). A profilaxia foi realizada por 48 horas e guiada conforme o TSA da bactéria isolada em cultura de vigilância 1 x por semana (as primeiras 49 culturas foram coletadas por swab e as 38 culturas seguintes foi decidido mudar para biópsia). A bactéria mais prevalente foi *S. aureusem* 24 amostras, seguida por *P. aeruginosa* em 16 amostras. Os antibióticos mais utilizados foram vancomicina e cefalotina (cada um em 13 pacientes). A perda parcial do enxerto foi significativamente menor no grupo da profilaxia (14% x 63% $p = 0,03$), com 74% de redução do risco de grandes perdas (> 10% da área).

O racional da profilaxia antibiótica sistêmica na cirurgia de enxertia no paciente queimado difere das cirurgias limpas, e toma como princípio a prevenção de translocação durante a limpeza, o controle do crescimento bacteriano no leito receptor, a prevenção de infecção do enxerto e a prevenção de infecção da área doadora. Em contrapartida, o tempo de profilaxia não diminui o risco de infecção quando os cuidados locais do enxerto e da área doadora são inadequados, e, adicionalmente, aumenta o risco de seleção ou indução de bactérias MDR. A escolha do antibiótico também é desafiadora devido a dinâmica de colonização da queimadura.

Cultura de Vigilância

As maiorias das queimaduras se tornam colonizadas ao longo dos dias, podendo evoluir para infecção dependendo de fatores externos (qualidade dos cuidados locais e do ambiente hospitalar) e internos (natureza da queimadura, presença de doenças de base). Devido a diversidade microbiológica e aumento de bactérias MDR, é recomendado cultura de fragmento suspeito para antibioticoterapia guiada pelo TSA. Partindo do princípio de que seja frequente a área receptora apresentar algum grau de colonização, e que o uso de antibiótico guiado por TSA é o recomendado para qualquer infecção, é racional a realização de cultura pré-enxertia a fim de direcionar a profilaxia operatória para a bactéria colonizadora que pode acarretar na infecção do enxerto. Como os estudos de maior relevância utilizaram secreção de swab como amostra confiável, podemos aceitar esta metodologia em vista do dano potencial de biópsia na área queimada.

Portanto, está recomendado realizar a cultura da área receptora uma semana antes da enxertia, preferencialmente por biópsia. Caso o risco de complicação seja alto, será aceitável cultura de swab.

Escolha do Antibiótico Profilático

Pacientes sem documentação de colonização ou infecção prévia deverão receber profilaxia com cefazolina 1g 8/8 horas.

Pacientes com isolamento bacteriano da área receptora deverão receber profilaxia guiada pelo TSA.

Tempo de Profilaxia

A profilaxia deve ser iniciada preferencialmente meia hora antes da incisão e descontinuada após, no máximo, 48 horas.

Referências

1. SHC Surgical Antimicrobial Prophylaxis Guidelines. Stanford Antimicrobial Safety and Sustainability Program 2025.
2. Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. ASHP Therapeutic Guidelines.
3. Griswold J, Grube B, Engrav L, Marvin J, Heimbach D. Determinants of donor site infections in small burn grafts. *J Burn Care Rehabil.* 1989; 10: 531-535.
4. Ramos G, Resta M, Machare Delgado E, Durlach R, Fernandez Canigia L, Benaim E. Systemic perioperative antibiotic prophylaxis may improve skin autograft survival in patients with acute burns. *J Burn Care Res* 2008; 29: 917-923