

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO EM AMBIENTE
HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Filvock, Ana Carolina Dassi;

Discente Curso de Enfermagem Unoesc/Xanxerê.

Frozza, Elenir Salete;

Docente Curso de Enfermagem Unoesc/Xanxerê.

RESUMO

Realizar o cuidado a pacientes vítimas de queimaduras certamente vai além de ser uma tarefa difícil que o profissional de saúde irá desempenhar, é uma escolha. As lesões físicas podem ser tão extensas que determinam cada resposta inflamatória sistêmica do organismo, o metabolismo corporal é alterado em grande intensidade e em pouco tempo, a dor, física e psíquica, atinge seu nível máximo, e a conduta que o profissional de saúde assume é fundamental para a evolução do paciente. É por meio deste relato de experiência que pretendemos voltar a atenção aos atendimentos prestados em hospitais que não são centro de referência de queimados.

Palavras-chave: Queimaduras. Enfermagem. Assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

Podemos denominar as queimaduras como feridas traumáticas que podem ser causadas por agentes térmicos, elétricos, químicos, radioativos ou por atrito, que afetam pele e anexos. A pele, considerada o maior órgão do corpo humano, é responsável pela termorregulação, retendo calor e também o dispersando por meio da vasodilatação dos vasos sanguíneos e sudorese, e

ao que se refere a metabolismo, promove o tato, temperatura, dor e defesa imunológica. Além de alterações dos processos fisiológicos, o trauma por queimaduras e a aparência da pele irão definir o estado de saúde, idade e até mesmo a situação emocional da vítima, podendo distorcer todo o seu autoconceito.

O presente relato tem por objetivo apresentar a experiência de uma acadêmica do 10º período da graduação de enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina acerca da prestação de serviço a uma vítima de queimadura junto a equipe multiprofissional em ambiente hospitalar, em uma unidade de terapia intensiva que não é centro de referência para cuidados com vítimas de queimaduras, e complementar a mesma com achados bibliográficos disponíveis na íntegra.

DETALHAMENTO DA EXPERIÊNCIA

Aos 7 dias do mês de junho de 2024, o masculino J.O.L, 47 anos, encaminhado de outro município em ambulância própria, deu entrada na emergência de um hospital de grande porte em um município dos Oeste Catarinense. Na admissão, paciente relatou que estava na parte interior de um automóvel terrestre de pequeno porte quando ocorreu uma explosão de causa desconhecida, apresentando queimadura corporal e facial. A avaliação do estado geral do paciente foi sistematizada através do método ABCDE, um macete criado através do Advanced Trauma Life Support (ATLS) para padronizar o atendimento de casos agudos ou frente poli traumatizados (Fontana et al, 2021; Rodrigues et al, 2017).

Airway (A): proteção das vias aéreas e estabilização da coluna cervical, paciente mantinha mucosas nasais e orais edemaciadas, indicativo de grande inalação de fumaça e possível lesão térmica em via aérea distal. Breathing (B): avaliação da respiração e capacidade ventilatória, na ausculta pulmonar apresentava sibilos e roncos em bases pulmonares, frequência respiratória de 19 movimentos respiratórios por minuto, ventilação espontânea em ar ambiente, mantinha a SpO2 em 96%, porém, ao resultado da gasometria realizada, apresentava quadro de hipoxemia com saturação de 80%, posteriormente realizou-se intubação oro-traqueal (IOT) e iniciou-se

ventilação mecânica invasiva. Circulation (C): avaliação da circulação e estado cardíaco, vítima apresentava pressão arterial de 227/130 mmHg, 120 batimentos por minuto na palpação de pulso, perfusão periférica prejudicada. Disability (D): avaliação de possível déficit neurológico, na admissão apresentou-se em alerta e orientado, conforme aplicação da Escala de Coma Glasgow, com 15 pontos (quadro 1). Exposure (E): ter o controle ambiental para a melhor prestação de assistência ao paciente, o despindo e removendo quaisquer adornos que o acompanha para melhor avaliação de lesões, e controlando a temperatura do ambiente para o mesmo não perder a capacidade de termorregulação.

Conforme a classificação de queimaduras, o paciente possuía lesões de 1º e 2º grau em toda a face, região periorbital, mucosas nasal e oral e em ambas as orelhas, queimaduras de 2º grau em região superior e inferior central do abdome, 1/2 do braço e toda extensão de antebraço no membro superior direito (MSD), e em toda extensão de antebraço de membro superior esquerdo (MSE), em região de coxa e de joelhos em ambos os membros inferiores (MMII), ainda, na região das mãos, mantinha quadro de edema e feridas bolhosas. As feridas de J.O.L eram semelhantes a figura 1. Para mensurar a quantia de superfície corporal queimada (SCQ), utilizou-se a Regra dos Nove (figura 2) e concluiu-se que o paciente havia 24% de SCQ. Definir a porcentagem de SCQ não é apenas uma regra se tratando de um paciente queimado, mas serve para classificar o paciente quanto ao grau de gravidade, J.O.L foi considerado um grande queimado (Bellio et al, 2018; Fontana et al, 2021). Queimaduras de 1º grau são caracterizadas pelo não comprometimento da epiderme, causam apenas um rubor com pequeno edema, sem outras particularidades, recuperando-se espontaneamente. Já as de 2º grau são caracterizadas pelo comprometimento da epiderme e de uma parte da derme, sendo sua principal característica o edema entre as camadas, podendo haver ou não necrose, não sendo possível a recuperação espontânea. As queimaduras de 3º grau são capazes de destruir toda epiderme, derme e comprometem o tecido subcutâneo e estruturas mais profundas, não sendo possível recuperação espontânea pela falta de tecido

cutâneo para regeneração. São lesões que causam grande edema, rubor intenso, cor esbranquiçada ou aparência carbonizada sugerindo vasos sanguíneos trombosados, ausência de dor e perda de sensibilidade e elasticidade cutânea (Bellio et al, 2018).

Para prevenção de choque hipovolêmico ainda na cidade de origem do acidente, foi administrado 2 mil litros de Ringer Lactato, já no hospital, a ressuscitação foi realizada através da fórmula de Parkland avaliada conforme SCQ de 24%: 9.200 ML de RL no total. A fórmula de Parkland nada mais é que um cálculo frequentemente usado para a administração e reposição de fluídos, e segue a seguinte fórmula: 2 a 4ml x % SCQ x peso (kg), então: 4ml x 24% x 100kg (Brasil, 2012). Para o controle da dor, inicialmente foi mantida a sedação com midazolam (benzodiazepínico) e fentanil (opióide). Realizou-se um segundo raio X torácico que evidenciou síndrome compartimental pulmonar bilateralmente e derrame pleural em base do pulmão direito. A síndrome compartimental no pulmão ocorre dentro da fáscia, criando uma pressão muito grande dentro do compartimento, causando isquemia do tecido, podendo evoluir para a presença de derrame pleural, com acúmulo de líquido na região pleural pulmonar (Campagne, 2022; Rahman, 2023).

Os curativos nas lesões eram realizados através da limpeza com esponja de clorexedina degermante, enxague com água destilada aquecida em todos os pontos de lesões, na face aplicação de Neomicina e Epitezan em região ocular, em membros e abdome a cobertura que antes era com Saf-gel mudou e começou a ser aplicado colagenase (pomada para facilitação de remoção do tecido morto e aceleração de cicatrização), oclusão de lesões por meio das gazes de Rayon embebidas com óleo de girassol e colocação de compressas estéreis sob o corpo do paciente.

Em outro raio X realizado, constatou-se que o paciente estava sofrendo da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (pulmão de SARA) devido ao derrame pleural de toda a extensão no pulmão esquerdo, e por meio dos exames laboratoriais, foi diagnosticado sepse de foco pulmonar.

Relatando agora sobre a situação nutricional do paciente durante a sua internação, é necessário frisar que, desde sua admissão na emergência

hospitalar até o leito de UTI, foram realizadas diversas tentativas de passagem de SNE conforme as prescrições médicas, mas todas sem sucesso. E diante essa situação, somente no dia 20 de junho de 2024, 14 dias após o primeiro dia de internação, foi optado pela nutrição parenteral total (NPT), antes disso, o paciente não recebeu o suporte de nutrição adequada para a gravidade do seu caso.

No dia 04 de julho no período noturno, o paciente estava instável hemodinamicamente, o que indicava uma evolução desfavorável diante o caso, com a pressão arterial de 76/52 mmHg, média de 50, apresentando extremidades frias e cianóticas, anasarca e sua saturação estava inaudível. E na manhã do dia 05 de julho, o paciente evoluiu para uma parada cardiorrespiratória (PCR) com assistolia, e mesmo com as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e administração de medicamentos de urgência como a adrenalina, não houve retorno e J.O.L foi a óbito.

DISCUSSÃO

Os acidentes por queimaduras detêm uma parcela significativa da morbimortalidade em âmbito mundial. (Brasil, 2022). Além das queimaduras que resultam em óbito, existem as não fatais, que podem determinar inúmeras sequelas e incapacidades, como as funcionais, as estéticas, as sociais e as psicológicas podendo impedir o retorno a atividades anteriormente realizadas (Brasil, 2022).

Sabe-se que a enfermagem atua em diversas especialidades, e lidar com lesões de pele é uma delas. O enfermeiro, como líder de uma equipe e profissional que está em contato direto com o paciente queimado, deve realizar o controle da infecção nas feridas e em catéteres, já que estes desempenham papel fundamental no manejo da dor e evolução clínica. De acordo com Bellio et al, (2018); Fontana et al, (2021); os cuidados de enfermagem incluem: utilizar técnica asséptica no contato com as feridas, acessos e catéteres; aplicar cobertura com agentes antimicrobianos combinados com antibióticos de uso endovenoso; controlar a umidade excessiva da cobertura escolhida, pois além da infecção bacteriana, pode-se haver infecção fúngica; controlar e registrar datas de punção de catéteres

venosos, sejam eles central ou periférico. O catéter venoso central, usado pela vítima, não tem prazo de retirada, porém, o curativo deve ser trocado a cada 7 dias ou antes caso haja sinais flogísticos ou secreções no leito da inserção; estar sempre atento a qualquer alteração de aparência ou odor da lesão, e sempre discutir com a equipe médica qual a próxima melhor conduta.

A forma em que foi deixado de lado a reabilitação nutricional na visão da equipe multiprofissional se torna um alerta, 14 dias sem uma medida efetiva para iniciar a dieta adequada, atrasando uma possível boa evolução clínica. São nesses casos que a enfermagem deve estar atenta para dar sugestões nas conversas com a equipe multiprofissional. A nutrição de um paciente crítico é de suma importância para uma boa evolução, em pacientes queimados, deve ser priorizado tanto quanto outras condutas clínicas (Fontana et al, 2021; Serra, 2011). A avaliação nutricional deve ser assertiva, uma vez que o paciente queimado sofre diversas interferências no peso corporal e sistema fisiológico devido ao edema, processo de curativos, o uso de altas doses medicamentosas (Serra, 2011; Ribeiro, 2003).

As queimaduras, em pacientes adultos principalmente, se tornam uma agressão devastadora, e apesar dos avanços dos procedimentos terapêuticos que visam evoluir positivamente a situação do indivíduo, as sequelas físicas, psíquicas e sociais ainda são um grande problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das experiências relatadas neste artigo, conseguimos compreender a importância de um trabalho multiprofissional dentro de uma UTI. O ambiente hospitalar é imprevisível, e precisamos estar preparados para dar o melhor suporte possível ao enfermo, mesmo sem suporte físico ou técnico para isso. O enfermeiro é o líder do seu setor, é ele quem delega as melhores formas de cuidado visando a singularidade de cada paciente, é ele quem deve estar presente em situações como essa, assumir a realização dos curativos críticos e avaliar diariamente o estado clínico de seu paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Óbitos por queimaduras no Brasil: análise inicial dos dados do

Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2015 a 2020. Brasília (DF), v. 53, n. 47, p. 40-41, dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras. Brasília (DF), 2012.

BELLIO, Huguette Rennee Schwab et al. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Queimado. Porto Alegre, Editora Moriá, ed. 1, p. 25-68, 2018.

CAMPAGNE, Danielle. Síndrome Compartimental. Manual MSD – Versão para profissionais da saúde. Dez. 2022.

FONTANA, Tiago da Silva; SOUZA, Emiliane Nogueira de; VIEGAS, Karin. Guia de Prática Clínica para o Cuidado de Enfermagem ao Paciente Queimado. Porto Alegre: Ed. UFCSPA, 2021.

RAHMAN, Najib. Derrame Pleural. Manual MSD – Versão para profissionais da saúde. Ago. 2023.

RIBEIRO, Joelma Cláudia Silveira; RAMOS, Rosivane Silva; SOUSA, Maria de Lourdes de Freitas. Terapia nutricional aplicada no tratamento de pacientes queimados. 2003.

RODRIGUES, Mateus de Sousa; SANTANA, Leonardo Fernandes e; GALVÃO, Ivan Martins. Utilização do ABCDE no atendimento do traumatizado. Revista de Medicina. São Paulo, v. 96, n. 4, p. 278-280, 2017.

Imagens relacionadas

Quadro 1. Escala de Coma Glasgow

Escala de Coma de Glasgow		
Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Orientado	5
	Confuso	4
	Falhas incoerentes	3
	Sons incompreensíveis	2
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Nenhuma	1
	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
Responde em extensão	2	
	Nenhuma	1

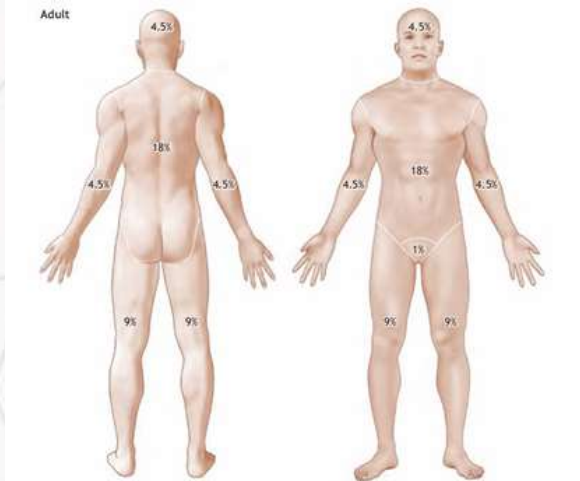
Fonte: Guia de Prática Clínica para o Cuidado de Enfermagem ao Paciente Queimado (2021).

Figura 1. Imagem ilustrativa de queimaduras de 2º e 3º grau

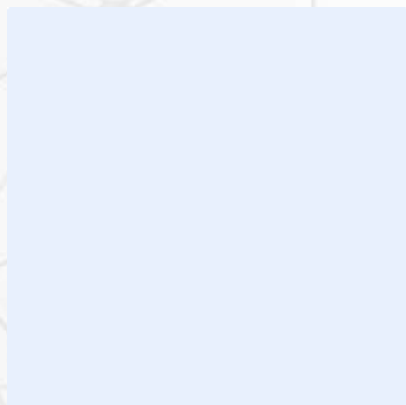


Fonte: Revista Brasileira de Queimaduras, 2019.

Figura 2. Regra dos Nove



Fonte: Guia de Prática Clínica para o Cuidado de Enfermagem ao Paciente Queimado (2021).



Fonte:

Título da imagem



Fonte: Fonte da imagem

Título da imagem



Fonte: Fonte da imagem