



O CURATIVO DO GRANDE QUEIMADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE DRESSING OF THE SEVERE BURNED PATIENT ADMITTED TO AN INTENSIVE CARE UNIT: EXPERIENCE REPORT

EL VENDAJE DE QUEMADURA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DE CASO

Aline Daiane Colaço¹, Camila Santos Pires Lima², Fabiana Minati de Pinho³, Gabriela Daniel da Costa⁴, Taise Costa Ribeiro Klein⁵

RESUMO

Objetivo: descrever as práticas de enfermagem na realização do curativo de um grande queimado internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** relato analítico e reflexivo desenvolvido a partir das experiências de um grupo de enfermeiras na realização de curativos em um grande queimado. O estudo seguiu os preceitos da Resolução 196/96 do CONEP. **Resultados:** desenvolveram-se cuidados de enfermagem a um paciente com lesões por queimaduras graves, utilizando-se de antissépticos tópicos e solução salina para limpeza das áreas afetadas, e, sulfadiazina de prata 1% como cobertura principal durante o curativo. **Conclusão:** descreveu-se a assistência de enfermagem desenvolvida junto a um paciente grande queimado durante a realização do curativo de lesões graves. **Descritores:** Queimaduras; Curativos; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to describe the nursing practices in conducting dressings of a severe burned patient admitted to an Intensive Care Unit. **Method:** it is an analytical and reflective report developed from the experiences of a group of nurses in conducting dressings of a severe burned patient. The study has followed the principles of the Resolution 196/96 of the CONEP. **Results:** we have developed nursing care to a patient with severe injuries caused by burns, by making use of topical antiseptics and saline solution for cleaning the affected areas, and 1% silver sulfadiazine as the main coverage the during the accomplishment of dressings. **Conclusion:** we have described the nursing care provided to a severe burned patient during the accomplishment of dressings of severe injuries. **Descriptors:** Burns; Dressings; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: describir las prácticas de enfermería en la realización de curación de un paciente que presentaba lesiones causadas por quemaduras graves, en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** relato analítico reflexivo desarrollado a partir de experiencias de un grupo de enfermeras, en la realización de los vendajes en un paciente con quemaduras graves. **Resultado:** los cuidados de enfermería se dio con el uso de antisépticos tópicos, bien como solución salina en la limpieza de las áreas afectadas y la utilización de la Sulfadiazina de plata al 1% como cobertura principal durante la curación. **Conclusión:** se describió los cuidados de enfermería realizados en un paciente con lesiones causadas por quemaduras graves. **Descriptor:** Quemaduras; Vendajes; Cuidados de Enfermería.

¹Enfermeira Residente em Alta Complexidade em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/HU-UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: aline.colaco216@gmail.com; ²Enfermeira Residente em Alta Complexidade em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/HU-UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: camilasp87@gmail.com; ³Enfermeira Mestranda, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: fabiminati@gmail.com; ⁴Enfermeira Residente em Alta Complexidade em Saúde do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina/HU-UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: gabrielacosta_enf@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira Mestre em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: taiseklein@gmail.com

INTRODUÇÃO

As queimaduras nada mais são do que feridas do tipo traumáticas que são causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos.¹ As causas mais frequentes de queimaduras são os líquidos superaquecidos, sendo a água a principal agente em aproximadamente metade dos casos. Os combustíveis, dentre eles o álcool, são responsáveis por 20% de todas as queimaduras, sendo a segunda causa em frequência no Brasil. As queimaduras por gás (em razão da grande extensão que acometem), as queimaduras provocadas pela corrente elétrica e por agentes químicos (pela agressividade dos agentes causadores) ocorrem em menor frequência, porém com maior intensidade, ocasionando gravidade do quadro.²

As lesões por queimadura agem nos tecidos de revestimento do corpo, podendo atingir parcial e totalmente a pele e seus anexos.² As queimaduras distinguem-se por sua profundidade, variando de lesões de menor intensidade, classificadas como 1º grau, até lesões graves, classificadas como queimaduras de 3º grau. Portanto, as lesões de 1º grau restringem-se à epiderme e caracterizam-se por hiperemia, edema, dor e umidade local. As lesões de 2º grau, por sua vez, atingem epiderme e parte da derme, e pode ocorrer à presença de flictenas (bolhas). Já as lesões de 3º grau acometem epiderme, derme e tecidos subjacentes (subcutâneo, músculos e ossos), caracterizando-se pela presença de tecido esbranquiçado ou marmóreo e redução da elasticidade tecidual.¹

No Brasil, ocorrem cerca de um milhão de casos de queimaduras a cada ano, sendo que destes, 200 mil são atendidos em serviços de emergência e 40 mil demandam hospitalização. As queimaduras estão entre as principais causas externas de morte no Brasil, perdendo apenas para outras causas violentas, que incluem acidentes de transporte e homicídios.³

Os dados mais recentes apontam que, no ano de 2009, mais de 80 mil pessoas foram internadas em hospitais públicos no Brasil por lesões decorrentes de queimaduras.⁴ Em Santa Catarina (SC), os dados epidemiológicos por queimaduras não são contabilizados individualmente pelo DATA-SUS. Logo, eles não podem ilustrar com exatidão o número de ocorrências nesta região.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 33 anos,

admitido na unidade de emergência de um hospital público de Florianópolis, vítima de queimadura por fogo em seu município de origem, sendo que a causa do incêndio não foi esclarecida. Apresentava queimaduras de 2º e 3º grau, com 65% da superfície corporal queimada nas regiões de: face, região cervical anterior, punho direito (não-circunferencial) e região palmar direita, punho e região palmar esquerda, flanco esquerdo, dorso total, face posterior das coxas direita e esquerda e circunferência da perna esquerda.

Alguns instantes após admissão na emergência, foi encaminhado para unidade de terapia intensiva, em leito de isolamento, onde chegou lúcido, comunicando-se com dificuldades devido ao edema de face, em ventilação espontânea, com uso de cateter extranasal de oxigênio, acesso venoso periférico e cateter vesical de demora. Ao dar entrada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), foi submetido aos procedimentos de intubação endotraqueal e punção de acesso venoso central. Realizado sedoanalgesia, limpeza das lesões com solução fisiológica 0,9% morna e clorexidina degermante 4%, seguido de curativo com collagenase em face (tecido desvitalizado); sulfadiazina de prata 1% em pavilhão auricular (tecido desvitalizado tipo necrose), região cervical (tecido desvitalizado tipo esfacelo), dorso (tecido de granulação em região escapular direita e demais áreas com tecido desvitalizado tipo esfacelo), flanco esquerdo (tecido desvitalizado tipo necrose), região palmar/punhos direito e esquerdo (tecido desvitalizado tipo esfacelo com pequenas áreas de granulação), face posterior das coxas direita e esquerda e circunferência da perna esquerda (lesões extensas com tecido desvitalizado tipo esfacelo e grande quantidade de secreção purulenta). A cobertura secundária foi realizada com gaze não aderente, chumaços, campos estéreis impermeáveis e ataduras, portanto, mantendo o curativo fechado.

Alguns dias após a internação, o paciente foi submetido aos procedimentos cirúrgicos de desbridamento, enxertia halógena e autoenxerto. Ele permaneceu 56 dias internado na UTI, sendo submetido ainda aos seguintes procedimentos: cateterismo nasoenteral, cateterismo arterial, traqueostomia e cateterismo da artéria pulmonar (Swan-Ganz).

Posteriormente, foi transferido para uma unidade de internação cirúrgica. Chegou a este setor em uso de cateter nasoenteral, dispositivo urinário não invasivo, acesso venoso periférico, traqueostomia e macronebulização a 5 litros/minuto. Portanto,

ao final da internação na UTI, apresentava as seguintes características das áreas queimadas: face e pescoço totalmente reepitelizados em uso de ácidos graxos essenciais; dorso em processo de reepitelização, apresentando ilhas de tecido de granulação e presença de exsudado, utilizando carvão ativado com prata e ácidos graxos essenciais; membro superior esquerdo com áreas com presença de esfacelo, tecido de granulação e áreas exsudativas ou sangrantes, recebendo hidrogel e ácidos graxos essenciais; membros inferiores (área de receptora de enxertia) utilizando ácidos graxos essenciais; membros inferiores (área doadora de enxertia [coxa]) com membrana porosa de celulose e medicamento antibactericida com rifampicina spray.

Há mais de 150 dias de sua admissão no hospital, o paciente foi transferido para clínica médica da mesma instituição. As lesões encontravam-se em processo de cicatrização favorável, porém, apresentando ainda área desepitelizada em dorso à esquerda e trocânter à esquerda, sendo mantido curativo com membrana porosa de celulose. Demais regiões corpóreas encontravam-se epitelizadas, com tecido róseo íntegro, mantendo-se hidratação local com ácidos graxos essenciais, exceto face.

Quanto às condições sistêmicas, o indivíduo apresentava-se astênico e emagrecido. Disfônico. Ventilava em ar ambiente, sem necessidade de aporte oxigenatório. Apresentava traqueostoma, mantido sob curativo simples. Alimentava-se através de cateter nasoenteral, devido impossibilidade da aceitação de dieta via oral relacionada à diminuição de motilidade esofágica e retorno da dieta por orofaringe, em tentativa prévia. Deambulava pequenos trajetos com auxílio, porém com muita dificuldade, devido às retrações ocasionadas pelas queimaduras.

Nos dias antecedentes à alta, apresentava melhora progressiva do quadro geral de saúde. Não relatava mais presença de dor; encontrava-se eupnéico em ar ambiente, deambulava sem auxílio, permanecia emagrecido, alimentava-se normalmente por via oral, negava disfagia e recebia dieta complementar via gastrostomia. Demonstrava sinais vitais estáveis, ausculta cardíaca e pulmonar dentro dos parâmetros de normalidade. Possuía as cicatrizes decorrentes da queimadura em membros superiores e inferiores e tronco, sem retrações importantes e ausência de sinais infecciosos. Apresentava úlcera por pressão em processo favorável de cicatrização na região sacrococcígea.

O paciente esteve internado por 186 dias. Atualmente, segue em acompanhamento ambulatorial pela equipe multiprofissional do hospital.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, tem ocorrido um grande avanço no tratamento das queimaduras, resultando em maior índice de sobrevivência de pessoas com queimaduras graves.⁵ A assistência aos pacientes queimados exige estrutura de nível terciário e de alta complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia intensiva para oferecer resolutividade ao sistema e qualidade de atendimento, bem como propiciar segurança aos profissionais.⁶

No caso do paciente de estudo, com 65% de SCQ e classificado respectivamente com queimadura de 3º grau, foi indicado à prestação de cuidados intensivos para o mesmo. Pacientes com superfície corporal queimada superior a 20% devem ser encaminhados à UTI, preferencialmente em leito privativo, que permita instalação de isolamento protetor e precauções de contato.¹

Entre os cuidados de enfermagem mais relevantes ao grande queimado estão as intervenções para com a ferida provocada pela queimadura. O cuidado da ferida inclui a limpeza, a manutenção da umidade local, a prevenção de infecções, a proteção contra traumas, o controle da dor e a manutenção da mobilidade e funcionalidade das partes afetadas.²

As queimaduras sempre foram consideradas feridas contaminadas por estarem, frequentemente, associadas às sujidades do local de ocorrência da injúria; por isso, a limpeza da ferida constitui um passo essencial para um protocolo de tratamento eficaz.⁵ Portanto, a limpeza da ferida, segundo trazem os estudos mais recentes, faz-se por uso de solução fisiológica 0,9%, água corrente/filtrada/clorada ou ainda água destilada, devendo estar em temperatura média de 36°C - 39°C.⁷⁻⁸

Quanto ao uso de antissépticos tópicos, há pouca evidência quanto à utilização dos mesmos. Estes são indicados para redução da carga bacteriana, porém têm citotoxicidade comprovada, ficando a indicação reservada para lesões nas quais não haja tecidos viáveis ou nas quais o risco de infecção superar o objetivo inicial de promoção de reparação tecidual.^{5,8}

Há consenso na literatura quanto à utilização da sulfadiazina de prata 1% para o

tratamento de queimaduras, com a finalidade de desbridar tecidos necrosados e combater infecção local. É um dos agentes tópicos mais utilizados, sendo recomendado em queimaduras de segundo e terceiro grau, com trocas realizadas a cada 12 horas em razão da oxidação da prata. A sulfadiazina de prata a 1% é, também, constantemente abordada na literatura como um possível agente retardador do processo cicatricial, visto que as trocas frequentes associadas ao seu potencial efeito irritativo à pele acabam por prolongar os tempos de reparação e reepitelização de uma ferida.⁹

Outro tipo de cobertura que vem sendo utilizada recentemente é o curativo nanocristalizado que consiste em prata nanocristalina, organizada em estruturas colunares, que libera 30 vezes menos prata que outras apresentações. Graças à nanotecnologia, quanto menor a partícula de prata liberada, maior será sua área de bioativação na ferida com aumento da atividade e solubilidade. Isso fornece duas vantagens: a liberação homogênea de prata suficiente para atividade antimicrobiana e a manutenção do ambiente úmido, favorecendo assim a reepitelização.¹⁰

Em um estudo prévio, foi realizada uma meta-análise de cinco estudos prospectivos e randomizados comparando sulfadiazina de prata e/ou nitrato de prata à prata nanocristalina; concluiu-se que esta última é superior às demais formulações (no que tange à infecção, assim como diminui as trocas de curativo, dor e ansiedade do paciente).¹¹

Outro produto que também vem sendo alvo de estudos é a membrana porosa de celulose, que inclusive foi utilizada no paciente deste caso. Essa terapia tópica tem como principais propriedades: a facilidade de aplicação, excelente adesão aos tecidos, diminuição da dor, visualização adequada do leito da lesão, drenagem espontânea e controle da infecção, diminuição ou ausência das trocas de curativo e manutenção da umidade local, facilitando assim a granulação do tecido queimado.¹²

Outros estudos sugerem ainda o uso de agentes como: alginato de cálcio e sódio; hidrocolóide, ácidos graxos essenciais, papaína, bromelina, Aloe vera, mel, entre outros, porém, sem consenso estabelecido e efetividade cientificamente vantajosa em relação às coberturas a base de prata.^{5,13}

REFERÊNCIAS

1. Prestes MA, Júnior SLCL. Conhecendo o paciente queimado. In: Júnior EML, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVF, editors. Tratado de queimaduras no paciente agudo. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 631.
2. Leonardi DF. Lesão e curativos nas queimaduras. In: Nazário NO, Leonardi DF, editors. Queimaduras: atendimento pré-hospitalar. Palhoça: Unisul; 2012. p. 165-75.
3. Paranhos WY. Queimaduras. In: Paranhos WY, Sallum ANC. O enfermeiro e as situações de emergência. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 429-37.
4. Banco de dados do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília (BR): Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas c2012 - [cited 2012 Aug 5]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/frsc.def>
5. Rossi LA, Menezes MAJ, Gonçalves N, Ciofi-Silva CL, Junior JAF, Stuchi RAG. Cuidados locais com as feridas das queimaduras. Rev Bras Queimaduras [Internet]. 2010 [cited 2012 Aug 17];9(2):54-9. Available from: <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho2010/cuidadoslocaiscomasferidasdasqueimaduras.pdf>
6. Camuci MB, Martins JT. Aplicação do Nursing Activities Score em uma Unidade de Terapia Intensiva de Queimados. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2012 Sept 06];6(9):2328-31. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/rt/metadata/3114/pdf_1493 DOI: [10.5205/reuol.2570-20440-1-LE.0609201243](https://doi.org/10.5205/reuol.2570-20440-1-LE.0609201243)
7. Los Angeles County Emergency Medical Services. Burn Resource Manual. Los Angeles (CA): Multi-Casualty Burn Disaster - Hospital Management [Internet]. 2010 [cited 2012 Apr 14]. Available from: <http://ems.dhs.lacounty.gov/Disaster/BurnManual.pdf>
8. Brychta P, Magnette A. European Practice Guidelines for Burn Care. The Hague (NL): European Burns Association [Internet]. 2011 [cited 2012 Apr 15]. Available from: <http://www.euroburn.org/userfiles/users/36/pdf/guidelines/EBAGuidelinesBurnCareVersion1.pdf>
9. Solís FF, Cortés PL, Saavedra OR, Ramírez CC. Efectividad de la sulfadiazina de plata em reepitelización de heridas por quemaduras com líquidos calientes en zonas neutras en niños. Pediatr [Internet]. 2007 [cited 2012 May 15];6(78):607-14. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v78n6/art06.pdf> DOI: [10.4067/S0370-41062007000700006](https://doi.org/10.4067/S0370-41062007000700006)
10. Campos DLP, Fragadolli LV, Gimenés GA, Ruiz RO, Orgaés FS, Gonella HA. Uso de curativo com prata nanocristalina sobre enxerto em malha em queimaduras colonizadas por cepas multirresistentes. Rev Bras Cir Plást [Internet]. 2009 [cited 2012 May

17];24(4):471-8. Available from:
http://www.rbcop.org.br/detalhe_artigo.asp?id=528

11. Gravante G, Caruso R, Sorge R, Nicoli F, Gentile P, Cervelli V. Nanocrystalline silver: a systematic review of randomized trials conducted on burned patients and an evidence-based assessment of potential advantages over older silver formulations. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2009 [cited 2012 May 17];63(2):201-5. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19571738> DOI: [10.1097/SAP.0b013e3181893825](https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181893825)

12. Vieira JC, Badin AZD, Calomeno LHA, Teixeira V, Ottoboni E, Bailak M et al. Membrana porosa de celulose no tratamento de queimaduras. *ACM Arq Catarin Med* [Internet]. 2007 [cited 2012 May 17];1(36):94-7 Available from:
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/436.pdf>

13. Lurki LK, Oliveira AF, Gragnani A, Ferreira LM. Evidências no tratamento de queimaduras. *Rev Bras Queimaduras* [Internet]. 2010 [cited 2012 May 20];3(9):95-9. Available from:
http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=42

Submissão: 20/12/2012

Aceito: 06/04/2013

Publicado: 15/05/2013

Correspondência

Aline Daiane Colaço
Residência Integridade Multiprofissional em
Saúde / Hospital Universitário Polydoro Ernani
de São Thiago / Universidade Federal de Santa
Catarina / Campus Universitário, s/n
Bairro Trindade
CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil