

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO

* Arlete Oguisso da Cruz
 ** Rachel Cieto
 *** Maria Isolda R. Gomes

| |
|----------|
| RBEEn/05 |
|----------|

CRUZ, A.O., CIETO, R. e GOMES, M.I.R. — Assistência de enfermagem ao grande queimado. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 30 : 108-114, 1977.

INTRODUÇÃO:

O queimado necessita boa assistência de enfermagem para que tenha uma recuperação física, funcional e psicossocial, precoce.

A equipe de enfermagem trabalhando paralelamente à equipe médica, deve ter conhecimentos especializados sobre cuidados a serem prestados aos queimados.

Esses cuidados iniciam-se com atitude correta ao receber os pacientes que chegam agitados devido à dor ou ao trauma psíquico, devendo continuar no decorrer de todo o tratamento até a ocasião da alta, quando os doentes e familiares são orientados quanto aos cuidados a serem seguidos.

Assistência Imediata

A assistência inicial deve ser prestada em ambiente que proporcione condições perfeitas de assepsia, tal como uma sala

cirúrgica, tendo sempre presente a importância do problema do controle da infecção, desde o início e no decorrer do tratamento. Para o primeiro atendimento, um mínimo de material e equipamento se fazem necessários na sala:

A — EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE:

- 1 — Torpedo de oxigênio, se não contar com o sistema canalizado.
- 2 — Aspirador de secreção.
- 3 — Mesa estofada ou com coxim para receber o paciente.
- 4 — Mesa auxiliar para colocar material de curativo (tipo Mayo).
- 5 — Suporte de sôro.
- 6 — Caixa com material de pequena cirurgia.
- 7 — Caixa com material de traqueostomia.

* Enfermeira-chefe do Serviço de Queimados do HC da Faculdade de Medicina da USP.

** Enfermeira-encarregada do Serviço de Queimados do HC da Faculdade de Medicina da USP.

*** Supervisora do Departamento Cirúrgico do HC da Faculdade de Medicina da USP.

- 8 — Caixa com material de dissecação de veia. diminuir a dor, de preferência por via intra-venosa.
- 9 — Material para intubação endotraqueal. Ao aplicar o medicamento por esta via, deve-se aproveitar para colher amostra de sangue para tipagem, assim como procurar manter a veia com perfusão de soro fisiológico para posterior transfusão de sangue ou outros líquidos.
- 10 — Aparelho ressuscitador "Air-viva". Retirar a roupa do paciente e colocá-lo na mesa sobre campos esterilizados e cobrir as lesões também com campos esterilizados.
- 11 — Pacotes de curativo (com tesoura, pinça anatômica, pinça dente de rato e pinça de Kocher).

B — MATERIAL DE CONSUMO

- 1 — Compressa de gaze de 7,5 cm x 7,5 cm.
- 2 — Atadura de gaze de 90 x 120 cm com 8 dobras longitudinais.
- 3 — Ataduras de rayon e morim.
- 4 — Atadura de gaze de malha fina impregnada em vaselina.
- 5 — Algodão hidrófilo.
- 6 — Ataduras de crepe.
- 7 — Luvas.
- 8 — Pacotes de campos cirúrgicos e aventais.
- 9 — Fita adesiva e esparadrapo.
- 10 — Máscara e gorro.
- 11 — Medicamentos de emergência.
- 12 — Antissépticos.
- 13 — Seringas de vários tamanhos.
- 14 — Agulhas e catéteres de vários calibres.
- 15 — Tubos para tipagem de sangue e outras análises laboratoriais.
- 16 — Frascos de soro fisiológico.

C — PROCEDIMENTO DA ENFERMAGEM

1 — Na Sala de Cirurgia:

Aplicar imediatamente sedativo sob prescrição médica, com a finalidade de

Preparar material para dissecação de veia ou cateterismo transcutâneo "intra-cat", e auxiliar o médico nestas operações.

Auxiliar ou executar com supervisão médica, tratamento local de remoção de tecidos desvitalizados, limpeza sumária das áreas queimadas, oclusão das lesões, ou ainda, preparo das mesmas para mantê-las expostas (método de exposição).

2 — Unidade de Internação:

2.1 — Colocar o paciente no leito preparado com campos e arcos de proteção esterilizados, e também sobre coxim preparado com várias camadas de ataduras de gaze e revestido com rayon, conforme a localização das queimaduras. Isto quando o método de tratamento é o de exposição.

2.2 — Controle de diurese e outras perdas de líquidos: executar cateterismo vesical com sonda de demora (sonda de Foley), anotando o volume urinário. Esta sonda é mantida ocluída, sendo aberta a cada hora para verificar o aspecto, volume e densidade de urina. Além da diurese, controlar as demais perdas líquidas, tais como: vômito, sudorese, exsudatos e evacuações, observando em cada caso o aspecto, a frequência e o volume.

Esses dados devem ser anotados em folha especial do prontuário do paciente (Anexo I).

2.3 — Controle de Sinais Vitais: a temperatura, o pulso, a respiração, devem ser controlados e anotados cada 4 horas ou mais freqüentemente se o caso exigir.

Num grande queimado, dificilmente conseguimos adaptar o manguito do aparelho de pressão, mas esta, deve ser determinada, sempre que possível.

Além desses sinais vitais, a pressão venosa central, deve ser controlada através do cateter venoso.

2.4 — Controle de Administração Parenteral de Líquidos: deve ser exercida vigilância constante da permeabilidade da veia, do gotejamento e da quantidade dos líquidos em perfusão.

O paciente deve receber exatamente as soluções prescritas dentro dos horários estabelecidos. Este controle, é facilitado pelo uso do esquema adotado pelo Serviço de Queimados do H. C. da F.M.U.S.P. (Anexo II).

2.5 — Alimentação: não havendo contra-indicação, oferecer ao paciente uma dieta fracionada, iniciando com líquido em pequena quantidade. Se o paciente não apresentar vômitos, aumentar gradativamente a quantidade. Os líquidos podem ser oferecidos em forma de suco, caldo de carne e dieta especial de soja (leite, ovos, caseinato de cálcio e farinha de soja). Desde que haja tolerância por parte do paciente, passar a oferecer progressivamente dietas mais consistentes até chegar à dieta geral.

2.6 — Higiene: proceder a limpeza diária das áreas não lesadas, com água e sabão neutro. Manter o couro cabeludo limpo e cortar os cabelos, principalmente em caso de queimadura na cabeça.

Aparar as unhas e mantê-las limpas.

A tricotomia pubiana e axilar deve ser feita semanalmente, como medida de higiene.

3 — Cuidados Especiais Dependentes da Localização da Queimadura:

3.1 — CABEÇA:

3.1.1 — Crânio: proceder a tricotomia total do couro cabeludo.

3.1.2 — Face: proceder a tricotomia do couro cabeludo, nas áreas próximas às lesões. Manter decúbito elevado, para auxiliar a regressão do edema.

3.1.3 — Olhos: limpar com "cotonetes" umedecidos em água boricada a 3% e após proceder a instilação de colírio antibiótico.

3.1.4 — Ouvidos: limpar conduto auditivo externo com "cotonetes" e soro fisiológico.

3.1.5 — Orelhas: utilizar travesseiro baixo e não muito macio para não comprimir as cartilagens a fim de prevenir deformidades.

3.1.6 — Narinas: limpar com "cotonetes" e soro fisiológico.

3.1.7 — Boca: limpar com espátula montada com algodão ou gaze embebida em água bicarbonatada a 2%.

3.1.8 — Lábios: passar vaselina para remoção de crostas.

3.2 — PESCOÇO:

Manter em extensão, com auxílio de coxim no dorso. A presença de necrose seca ou lesões profundas, poderá provocar compressão e garroteamento, com perturbações respiratórias. Nestes casos o médico executará a escarotomia.

3.3 — MEMBROS SUPERIORES:

Os curativos oclusivos dos membros superiores, têm a finalidade de proporcionar conforto ao paciente e facilitar atuação de enfermagem. Os membros

devem ser mantidos em abdução parcial e em ligeira elevação.

3.4 — TRONCO:

Visando evitar os fatores mecânicos, que possam reduzir a expansibilidade do tórax, o método mais indicado é a posição de Fowler e semi-Fowler. Entretanto a escolha de decúbito será feita também de acordo com a área menos atingida. Se a lesão for principalmente face posterior, o decúbito será ventral, sobre um coxim, que será trocado todas as vezes que se fizer necessário.

3.5 — PERÍNEO:

Para as lesões desta região, o tratamento por exposição é utilizado sistematicamente, devendo as coxas serem mantidas em abdução parcial. A higiene íntima deve ser feita com água morna e sabão neutro, ou com solução oleosa. Em nosso serviço utilizamos a seguinte fórmula de solução oleosa:

Cloroxilenol 0.1%.
Essência de alfazema 1%.
Óleo de amendoim q.s.p. 100 ml.

3.6 — MEMBROS INFERIORES:

Manter os membros em posição anatômica, evitar a rotação das pernas, e prevenir o pé equino.

Também nos membros inferiores o curativo oclusivo é freqüentemente utilizado, visando facilitar a movimentação do paciente e atuação da enfermagem.

UM DOS CUIDADOS FUNDAMENTAIS DE ENFERMAGEM É A MOBILIZAÇÃO DO DOENTE NO LEITO, MUDANÇA REPETIDA DE DECÚBITO, QUALQUER QUE SEJA A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES.

4 — Cuidado Relacionado ao Ambiente:

4.1 — UNIDADE DO PACIENTE E MATERIAIS DE USO PRIVATIVO:

Limpar diariamente a unidade do paciente (cama, colchão, criado mudo e cadeira) com água, sabão, solução desinfetante (hipoclorito de sódio a 3%) e solução aromatizante (álcool, essência de pinho 1%, essência de alfazema a 1% e essência de lavanda 1%). Esterilizar semanalmente todos os materiais de uso pessoal do paciente, tais como: comadre, bacia, cuba rim, copos, garrafas, e outros.

4.2 — PISO:

O único tipo de limpeza permitido é a limpeza úmida. Esta é facilitada quando o piso é de material lavável. Se o piso for de madeira, deve ser feita a lavagem semanal, após a qual deve-se proceder a aplicação de vaselina, para a fixação das partículas de poeira no chão.

4.3 — JANELAS:

As janelas devem ser amplas para possibilitar iluminação e aeração natural, protegidas com telas para prevenir penetração de insetos. Devem ser lavadas semanalmente com água, sabão e solução desinfetante.

4.4 — RESÍDUOS E ROUPAS SUJAS:

Devem ser embalados em sacos e transportados em carros fechados.

5 — Medidas Gerais para o Controle de Infecção:

5.1 — Pesquisa de germens do ambiente, e uso de desinfetantes específicos.

5.2 — Controle de focos de infecção do pessoal da unidade (médicos, enfermeiros e outros).

5.3 — Rigoroso controle de circulação do pessoal (parentes e visitantes).

5.4 — Utilização de aventais como meio de proteção ao paciente e visitantes.

5.5 — Supervisão e controle do uso da técnica asséptica.

CONCLUSÃO:

O atendimento imediato do paciente queimado, visa primeiramente, salvar a

sua vida, e concomitantemente, deve-se trabalhar com o objetivo de evitar infecções, deformidades e minorar os traumas psíquicos. Estes objetivos devem estar sempre presentes em todos os momentos. O primeiro consegue-se com a presença de espírito, presteza, controle e eficiência. O segundo, trabalhando sempre com técnica asséptica. O terceiro, pensando na recuperação dos movimentos normais do paciente, os quais ele necessitará para a sua futura reintegração à sociedade. E o último, dando-lhe ânimo, carinho e apoio.

BIBLIOGRAFIA

RUSSO, A. C. — Tratamento das queimaduras, 4.^a Edição — São Paulo. Editora USP 1967. Apostila do I Curso de Atualização de Conceitos quanto às queimaduras — Junho 1975 — São Paulo.

KIRSCHBAUM, S. M. — Tratamento integral de las queimaduras — Barcelona, Salvat, 1968.

STAPE, D. P. B. e MULLER, M. L. G. — Queimados contribuição da enferma-

gem na recuperação do paciente, *ABEN*, 20 (4) = 264 — 278, ago. 1967.

SAMES, R. — Cuidados típicos nos grandes queimados, *J. B. M.*, 20 (4) = 55 — 78, 1971.

TIBIRIÇA, C. C. — Aspectos gerais do tratamento na unidade de queimados, *R.P.M.*, 20 (7) = 14 — 21, 1972.

MATHA, A. B. — Serviço de Queimados do Hospital de Pronto Socorro do Recife, *R.P.H.*, 20 (9) = 34 — 38, 1970.

SERVIÇO DE QUEIMADOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA U.S.P.
 CONTROLE DE TRATAMENTO

ANEXO-I

Nome: _____
 Queimadura dia / /19 _____
 Extensão da Queimadura _____

RG _____
 Início do Tratamento dia / /19 _____
 Cuidados especiais com _____

hs. _____
 % de _____

hs. _____
 % de _____

| Rubrica | SINAIS VITAIS | | VOLUME DA INGESTÃO | | | VOLUME DA INJEÇÃO VEMOSA | | COLOIDE | | CONTROLE DA PERDA | | | Cuidados Especiais Higiene, face, orelhas, sondas, traqueotomia Observações. |
|---------|---------------|-----|---------------------------------|--------------------|--------------|--------------------------|------|---------|-------------|----------------------|--------------|--------------------------------------|---|
| | T | P R | H ₂ O SUCO CHÁ | LEI- TE SOPA | SÓLI- DOS | S.F. | S.G. | Sg | PLAS- MA | SUBS- TITU- TO | DIU- RESE | VOMI- EVA- CUA- TO- CÕES | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | |

BALANÇO: (Ingestão + Injeção = _____ ml) - (Perdas _____ ml) = _____ ml

Oferta ICN USAFARMA (VIRAMID)

ESQUEMA DA RELAÇÃO DO VOLUME, GOTEJAMENTO POR MINUTO

E TEMPO DE VENOCLISE

(Anexo II)

| Volume em ml. | Gotas por minuto | Tempo de Venoclise |
|---------------|------------------|--------------------|
| 500 | 7 | 24 h. |
| 500 | 9 | 18 h. |
| 500 | 14 | 12 h. |
| 500 | 17 | 10 h. |
| 500 | 20 | 8 h. |
| 500 | 26 | 6 h. |
| 500 | 33 | 5 h. |
| 500 | 41 | 4 h. |
| 500 | 55 | 3 h. |
| 500 | 83 | 2 h. |
| 500 | 166 | 1 h. |

| Volume em ml. | Gotas por minuto | Tempo de Venoclise |
|---------------|------------------|--------------------|
| 1.000 | 14 | 24 h. |
| 1.000 | 18 | 18 h. |
| 1.000 | 28 | 12 h. |
| 1.000 | 34 | 10 h. |
| 1.000 | 40 | 8 h. |
| 1.000 | 52 | 6 h. |
| 1.000 | 66 | 5 h. |
| 1.000 | 82 | 4 h. |
| 1.000 | 110 | 3 h. |
| 1.000 | 166 | 2 h. |
| 1.000 | 332 | 1 h. |

Observação:

1 ml = 20 gotas

500 ml = 10.000 gotas