

LESÕES CAUSADAS POR QUEIMADURA: revisão integrativa

Alexsandra dos Santos Ferreira¹
Sarah Sandres de Almeida Santos¹
Regina Ribeiro de Castro Lima²

Introdução

Aproximadamente um milhão de pessoas são acometidas por queimaduras ao ano, a maioria de baixa gravidade, porém existem populações mais vulneráveis e a possibilidade de complicações e morte é uma realidade. As crianças, os idosos e as pessoas de baixa renda são mais a queimadura. Essas lesões são dolorosas, podendo levar a morte, sequelas e incapacitações. (Brasil 2012; Brunner & Suddarth 2015; Phtls 2011). São de etiologias principalmente térmica, resultantes da exposição a chamas, líquidos ou superfícies quentes; a substâncias químicas, radiação, fricção violenta, plantas e animais tóxicos. A classificação da queimadura depende da extensão do comprometimento tecidual diante da exposição ao agente causador. A gravidade por sua vez, está relacionada em grande parte à extensão e profundidade das lesões, podendo desencadear distúrbios fisiopatológicos por perda de volume sanguíneo e infecções. (Brunner & Suddarth 2015; Phtls 2011). Destaca-se que o atendimento rápido e adequado ao queimado, representa significativa melhora no prognóstico de recuperação e de funcionalidade do local atingido. (Phtls 2011). Desse modo, estudos nessa área embasam ações de atualização e melhora na qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde de atendimento aos queimados, fato que estimulou essa pesquisa a qual apresenta o objetivo de descrever sobre lesões por queimaduras.

Metodologia

Resumo expandido de revisão integrativa de referências científicas selecionadas com o tema queimaduras, de acordo com objetivos do estudo e o período temporal estabelecidos para utilização de publicações a partir do ano de 2010, as quais foram analisadas criticamente, sintetizadas e arquivadas em texto da Microsoft Word. O resultado possibilita a produção de conhecimento científico significativo, mediante sua apresentação a comunidade científica e disponibilização eletrônica para profissionais interessados em atualizarem no assunto. (Souza et al. 2010) Essa descrição compõe o referencial teórico da pesquisa intitulada Atendimento ao

¹ Enfermeira. Graduação no Centro Universitário de Anápolis, Goiás/ UniEVANGÉLICA.

² Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Evangélico de Anápolis, Goiás/UniEVANGÉLICA. E-mail: reginarc2008@hotmail.com

queimado em uma unidade de saúde pública, produzida no Programa Voluntário de Iniciação Científica, no Curso de Enfermagem da UniEVANGÉLICA, no período de 2017 à 2018.

Resultados e discussão

Queimaduras são lesões pontencialmente graves pela progressão do dano tecidual, cicatrizes e possíveis sequelas. São provocadas por acidente, violência ou intencionalidade, tendo como agente principal o calor e frio excessivos, substâncias química, eletricidade, abrasão, radiação e alguns animais ou plantas. Essas podem atingir camadas superficiais e profundas da pele e tecidos. (Brasil 2012; Brunner & Suddarth 2015; Leão et al. 2011; Phtls 2011; Silva et al. 2011) A exposição térmica é a causa mais frequente de queimadura (Bolgiani & Serra 2010; Phtls 2011; Silva et al. 2011) e considerando que a pele é capaz de suportar sem lesão temperaturas até 44º C, o grau da lesão está associado ao tempo de exposição térmica acima do grau citado. (Bolgiani & Serra 2010; Phtls 2011) As queimaduras possuem como características maior dano central, com necrose tecidual e bordas possivelmente recuperáveis, a depender do atendimento inicial. Assim, é recomendado que toda queimadura seja avaliada por profissional especializado, pois a gravidade e as complicações decorrentes da exposição calor e a fumaça podem progredir de forma multisistêmica e levar a morte. (Brunner & Suddarth 2015; Phtls 2011) A gravidade e o prognóstico do paciente queimado são definidos conforme o agente causal, profundidade, extensão, localização da superfície corporal queimada (SCQ), espessura da pele, idade do paciente, lesões associadas e doenças pré-existentes. (Brasil 2012; Leão et al. 2011) Contudo, a extensão da queimadura é o que confere maior gravidade ao paciente e com base na classificação da profundidade avalia-se o prognóstico, sendo este melhor quanto mais superficial for a lesão. (Silva et al. 2011) O diagnóstico de profundidade da queimadura somente poderá ser mensurado de 24 a 48 horas do agravo, após a boa limpeza da área afetada. Isso porque no primeiro momento a lesão pode parecer superficial e não se, modificando sua característica para com o primeiro tratamento. (Phtls 2011) Quanto a profundidade, queimaduras de primeiro grau acometem a epiderme, camada mais superficial da pele; de segundo grau atingem a epiderme e parte da derme e de terceiro grau lesionam toda a espessura da pele; e por fim, queimaduras de quarto grau, são consideradas gravíssimas, pois além de danificarem toda a espessura da pele, lesionam tecidos próximos, ossos e órgãos. (Brasil 2012; Brunner & Suddarth 2015; Phtls 2011; Silva et al. 2011) Os sinais, sintomas e a capacidade de recuperação da queimadura relacionam-se em grande parte com o grau de profundidade. Nas queimaduras de primeiro grau ocorrem formigamento, sensibilidade aumentada, dor, eritema e

edema discreto com descamação de 4 a 6 dias; nas de segundo grau, acrescenta-se a formação de bolhas (flictenas) ou o rompimento da epiderme com edema, exsudato e recuperação de 7 a 21 dias, podendo nas lesões mais profundas necessitar de enxertia; nas de terceiro e quarto graus podem surgir insensibilidade e palidez no local ou carbonização, evoluindo nos casos graves com choque, mioglobínúria e hemólise, nesse caso não há a reepitelização, determinando o tratamento com enxertos. A fase aguda ou o período correspondente as primeiras 48 horas de queimadura, apresenta alterações que necessitam de avaliação e assistência imediata, que são: dor intensa, relacionada ao calor e a exposição dos nervos ao ar, podendo desencadear o choque neurogênico; o edema, pelo aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos com desvio de volume plasmático para o interstício, o que resulta na redução da volemia e elevação da viscosidade sanguínea; a hipovolemia, com alterações compensatórias cardíaca e ventilatória associadas a redução da pressão arterial e que se não revertidas prontamente, ocasionam o choque hipovolêmico e a morte; a dispneia, originada pela inalação de gases quentes que provocam o edema e a obstrução parcial ou total das vias aéreas superiores; e, o íleo paralítico, decorrente de lesão do tecido intestinal por falta de suprimento sanguíneo. As complicações tardias ocorrem após as 48 ou 72 horas e dizem respeito ao agravamento dos sistemas ventilatório e imunológico, salientando que queimados com mais de 30% de SCQ estão mais propensos a infecção (Silva et al. 2011) A prevenção do choque hipovolêmico e de complicações associadas é realizada pela adequada reposição volêmica. Para isso, a extensão de área lesionada pela queimadura deve ser estimada utilizando a Regra dos Nove, em que 9% representa individualmente as principais áreas do corpo do adulto; nas crianças essa regra é diferenciada. No adulto, cabeça e braços equivalem a 9% cada; dorso anterior, dorso posterior e cada perna 18%; e, o períneo 1%. Nas crianças, a cabeça, dorso anterior, dorso posterior correspondem à 18% cada, as pernas 13,5% e o períneo 1%. (Brasil 2012; Phtls 2011; Silva et al. 2011) Em queimaduras menores, utiliza-se a Regra das Palmas, pontuando com 1% a lesão no tamanho da palma da mão. (Brasil 2012; Phtls 2011) Outra fórmula utilizada é a Regra de Dez, em que utiliza-se a percentagem (%) de SCQ para o cálculo de reposição volêmica nas primeiras horas após a queimadura. A avaliação da extensão da queimadura auxilia na classificação do risco, no tratamento com reposição de volume e no julgamento da necessidade de internação por complexidade. (Phtls 2011) No primeiro contato com o paciente queimado deve-se priorizar a desobstrução das vias aéreas, a efetividade ventilatória e a manutenção da circulação. Após avaliar e atender as condições primárias de emergência e possíveis complicações traumáticas, realiza-se o cuidado asséptico das queimaduras. (Brasil 2012; Brunner & Suddath 2015; Phtls 2011; Silva et al.

2011) No entanto, a intoxicação por fumaça é principal causa de morte (77%) em pacientes com queimaduras térmicas. A intoxicação por monóxido de carbono (CO) e cianeto de hidrogênio (CN) ocasiona déficit neurológico, potencialmente fatal. Além disso, podem apresentar flictenas nos lábios, edema facial e de vias aéreas superiores com obstrução da passagem de ar, dispneia, evoluindo para parada respiratória, caso não haja atendimento. Indica-se a oferta de O₂ à 100% por via inalatória, ou se necessário, por ventilação invasiva na presença de insuficiência respiratória. (Brasil 2012; Phtls 2011; Silva et al. 2011) A manutenção da oxigenação e do fluxo sanguíneo minimizam os efeitos locais e sistêmicos da queimadura. Atendidas as prioridades, examina-se completamente o paciente para identificar possíveis lesões com potencial de agravamento e incapacitação, como fraturas de crânio, vertebral, costela e pélvica, hemorragia e inalação de fumaça. (Brunner & Suddarth 2015; Phtls 2011) A ansiedade presente em alguns casos, pode estar relacionada à dor ou a hipoxemia. (Brunner & Suddarth 2015) Nessa situação, avalia-se o estado do paciente e a intensidade dor para utilização de analgesia habitual com dipirona ou opióides potentes como a morfina. (Brasil 2012; Silva et al. 2011) Para reduzir a perda de líquido, a infecção, o tempo de hospitalização e os desarranjos da cicatrização realiza-se desbridamentos, procedimentos de remoção química/ enzimática (Colagenase, papaína) ou cirúrgica de tecido desvitalizado, necrosado ou infectado, tornando a ferida limpa e preparada para o tratamento com curativos. Além disso, recomenda-se que toda queimadura profunda de 2º grau e 3º grau seja tratada com enxerto precoce, principalmente nas queimaduras de mão, face e articulações do pescoço, axila, cotovelos e joelhos. (Bolgiani & Serra 2010) O desenvolvimento da escara por queimadura é uma complicação séria. Ocorre por constrição da pele contra o aumento de volume dos tecidos internos (edema). Em regiões circunferenciais do corpo, como tórax, membros superiores e inferiores prejudica a expansão ventilatória e o fluxo de sangue, necessitando de Escarotomia cirúrgica para favorecer a decompressão tecidual e vascular. (Brasil 2012; Phtls 2011). Não se recomenda a antibioticoterapia sistêmica profilática a menos que se perceba infecção, contraindicando-se ainda o uso de corticosteroide por qualquer via. (Brasil 2012)

Conclusão

Queimaduras devem ser percebidas como lesões com potencial para agravamento, além de causar sofrimento ao paciente. Entende-se, que cuidados apropriados devem ser realizados por equipe multiprofissional para que sejam reduzidos os riscos de complicações e morte por esse agravo. Os estudos chamam a atenção para alta prevalência de queimaduras por causas térmicas e

para a gravidade da exposição à fumaça, orientando para a avaliação especializada do queimado e a adoção rápida de medidas de manutenção da qualidade da ventilação e do fluxo sanguíneo do paciente com queimaduras.

Palavras chaves: Queimaduras; Assistência hospitalar; Promoção da saúde.

Área do conhecimento: saúde coletiva.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde; [arquivo da internet] 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf Acesso 07 de ago. 2017.

Bolgiani & Serra. Atualização no tratamento local das queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**. [artigo da internet] 2010;9(2):38-44. Disponível em: <http://www.sbqueimaduras.com.br/revista/junho-2010/atualizacaonotratamentolocaldasqueimaduras.pdf> Acesso 07 de ago. 2017.

Brunner & Sussarth. **Tratado de enfermagem medico cirúrgica**. 13ª ed. Revisão: Sonia Regina de Souza. Tradução: Patricia Lydie Voeux. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015. Pág. 971- 997.

Leão et al . Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 573-577 Dec. [artigo da internet] 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198351752011000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000400006>.

Montes et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 369-373, Apr. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200010>.

Phtls. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. PHTLS/ NAEMT. Queimadura. Trad. Renata Scavone et al. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.355- 375.

Silva et al. **Feridas:** fundamentos e atualizações em enfermagem. In AL Pazos *O cliente vítima de queimadura*. 3ª ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, [artigo da internet] 2011, p. 525-562.

Souza et al. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. [artigo da internet] 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082010000100102&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.