

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE TETÂNICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Cristina Mancussi e Faro\*  
Zilda dos Santos Lima\*\*

FARO, A.C.M. & LIMA, Z. dos S. Assistência de enfermagem ao paciente tetânico na unidade de terapia intensiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo 23(1);—, abr. 1989.

*As autoras elaboraram um estudo geral sobre o tétano, no adulto, especificando o planejamento da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.*

UNTERMOS: *Assistência de enfermagem. Tétano. Unidade de terapia intensiva.*

### I – INTRODUÇÃO

Em se tratando de uma doença cuja distribuição é mundial e, principalmente, por ser causa importante de morte, além de ser mais comum a sua concorrência em áreas agrícolas e subdesenvolvidas, onde o contato com excrementos é freqüente e a imunização é inadequada, (GUYTON, 1978), sentimos que há uma necessidade premente de orientação às pessoas mais expostas.

A orientação deve ser explícita no tocante à transmissão e à profilaxia, e isso se faz mesmo depois que um indivíduo é acometido pela doença e acaba sendo internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A orientação é perfeitamente cabível ao paciente, à família dele e a toda a equipe de enfermagem.

Com essa perspectiva, apresentamos o relato de um caso.

Por ser um estudo que salienta a assistência de enfermagem relativa ao paciente tetânico na UTI, optamos por abordar uma breve evolução com história médica e duas avaliações baseadas na evolução de enfermagem durante nossa permanência na UTI.

Com base no quadro clínico e nas necessidades do paciente, elaboramos um

---

\* Enf.<sup>o</sup> Aux. de Ensino do Dept.<sup>o</sup> de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, Disciplinas Introdução à Enfermagem e Fundamentos de Enfermagem I.

\*\* Enf.<sup>o</sup> do Instituto do Coração do Hosp. das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

roteiro para o exame físico, o qual foi testado nos pacientes tetânicos internados naquela ocasião isto é, de maio a junho de 1987.

Diariamente, além dos cuidados gerais que ministrávamos, fazíamos a evolução dos pacientes conforme o roteiro proposto (ANEXO I), anotando as alterações havidas. Os impressos utilizados para a evolução eram os da própria instituição.

Antes de descrevermos como planejamos e ministramos a assistência ao paciente tetânico em UTI, achamos importante oferecer algumas noções relativas à doença, isto é, a fundamentação teórica sobre o tétano.

## II - TÉTANO - ASPECTOS GERAIS

1. Definição e transmissão: é uma doença aguda, infecciosa e não contagiosa, muito grave, cujo agente etiológico é o *Clostridium tetani*. A transmissão ocorre através de alguma lesão na pele, a qual é contaminada por esporos do *Clostridium tetani* (BENENSON, 1983; BIER, 1978; HARRISON, 1983).

É comprovado que a extensão da lesão não varia proporcionalmente à contaminação, podendo ocorrer através de ferimentos insignificantes até lacerações extensas (queimaduras, fraturas expostas).

Já o tétano neonatal ocorre, em geral, através da infecção no umbigo não cicatrizado e "tratado" com substâncias orgânicas contaminadas, (HARRISON, 1983).

2. *Suscetibilidade e resistência*: a suscetibilidade é geral, havendo, segundo HARRISON (1983) de 300.000 a 500.000 casos de tétano a cada ano, estando a taxa de mortalidade em torno de 45%.

HARRISON (1983), descreve ainda que não há predileção racial pelo bacilo; há uma proporção de 2,5 homens para uma mulher (2,5:1), porque o homem se encontra mais exposto a ferimento acidental.

Quanto a imunidade, é sabido que esta não se desenvolve com o acometimento da doença.

### 3. *Caracterização bacteriológica do Clostridium tetani*:

É um bastonete que mede aproximadamente 3 a 4 micra de comprimento por 0,5 micron de largura e cujas extremidades são arredondadas formando longos filamentos com esporos terminais, o que lhe dá a aparência de uma baqueta de tambor (BIER, 1978).

Além de Gram positivo e anaeróbico, cresce em placa ágar sangue com vácuo entre 3 a 8 mm, segundo BIER (1978).

Comprovadamente, o bacilo não é dotado de poder invasivo; instala-se e permanece no foco, produzindo duas toxinas diferentes: a tetanolisina e a tetanospasmina.

A primeira causa o efeito hematotóxico (hemólise) sem grande importância na patogenia e a segunda causa um efeito neurotóxico (atua no Sistema Nervoso Central – SNC). A tetanosspasmina é de natureza protéica e possui um peso molecular de aproximadamente 67.000, sendo uma das toxinas bacterianas de maior potência, somente superada pela toxina botulínica.

A produção de toxina tetânica em feridas, referida por HARRISON (1983), é como que favorecida pela necrose tissular, corpos estranhos, sais de cálcio e infecções associadas, que estabelecem baixos potenciais de oxirredução. Já o caráter epidemiológico do bacilo é citado por alguns autores (BENENSON, 1983; BIER, 1978; HARRISON, 1983), sendo saprófito, habitualmente natural das camadas superficiais do solo rico em componentes orgânicos, além do intestino de certos animais, desenvolvendo-se bem nos climas quentes e úmidos.

4. *Manifestações clínicas:* HARRISON (1983) e BRUNER & SUDDARTH (1977) afirmam que a infecção causada pelo bacilo do tétano é localizada, entretanto a exotoxina é transportada para o SNC. No que se refere ao transporte dessa toxina, BIER (1978) cita duas hipóteses principais: a condução da exotoxina ocorre através dos nervos, atuando no SNC e, por via hematogênica, atuando no SNC e no sistema nervoso periférico. A primeira hipótese tem maior aceitação, pois os canais linfáticos neurais desembocam no canal torácico e não no cefalorraquidiano.

Pasternak apud HARRISON (1983) refere que a exotoxina (tetanosspasmina) se fixa no tecido nervoso, servindo-lhe de receptor, um glicolipídio, sendo que após isso não é possível ocorrer a separação do tecido.

Com relação ao aspecto bioquímico da toxina, alguns autores (BIER, 1978 e HARRISON, 1983) acreditam em uma ação anticolinérgica ao nível das sinapses dos neurônios motores da medula (neutralização do mediador responsável pela despolarização da membrana do neurônio pós-sináptico após sua excitação pelo neurônio pré-sináptico).

Ao referirem-se quanto ao período de incubação, a maioria dos autores já citados, limitam em torno de 14 dias, sendo que as queixas mais comuns são: dor e espasticidade da mandíbula com dificuldade para abrir a boca (espasmo dos músculos masseterianos, TRISMO), além de febrícula, cefaléia e inquietação. Com o evoluir da doença, outros músculos vão ficando comprometidos, aparecendo o RISO SARDÔNICO, devido às contrações dos músculos faciais da mímica.

Os espasmos progridem e são causados pela “intensificação súbita dos estímulos aferentes que chegam à periferia, aumentando a rigidez e causando simultânea e excessiva dos músculos e seus antagonistas” (HARRISON, 1983).

Quanto à parte respiratória, esta é comprometida por laringopasma ou pela própria contração dos músculos respiratórios, havendo risco importante de hipóxia e conseqüente do SNC, irreversível se não atendida em tempo hábil.

São ainda sinais e sintomas: taquicardia, hipertensão lábil, sudorese, disfagia, rigidez de nuca e de abdome. Vale ressaltar que, invariavelmente, na admissão os pacientes estão conscientes e orientados. Com o agravamento, entretanto, pela evolução da doença, há necessidade de sedação contínua.

Segundo HARRISON (1983), o prognóstico é bom, salvo complicações como pneumonia (50 a 70%), escaras de decúbito e infecção urinária.

5. *Diagnóstico*: o diagnóstico é inteiramente baseado nas manifestações clínicas, não dependendo portanto de confirmação bacteriológica. Sabe-se que o líquido cefalorraquidiano é absolutamente normal e que o *Clostridium tetani* somente em 30% dos casos pode ser isolado no foco (HARRISON, 1983).

Não existem achados laboratoriais característicos da doença, logo não se usa fazer diagnóstico laboratorial de tétano.

6. *Tratamento*: geralmente o tratamento consiste de: debridamento radical do foco de contaminação, antibioticoterapia, soro antitetânico, vacina antitetânica (1ª dose), miorelaxantes e sedativos (barbitúricos) e, no tétano grave, o curare.

Recorre-se à traqueostomia, ventilação mecânica, catéter em via central, sonda naso-gástrica e sonda vesical de demora (Foley). A monitorização cardíaca se faz necessária.

7. *Profilaxia*: está firmada nos programas de imunização.

O anticorpo atravessa a barreira placentária, o que faz diminuir a incidência de tétano neonatal.

### III – PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DA DOENÇA. RELATO DE UM CASO.

Não foi possível o desenvolvimento de todas as fases do “Processo de Enfermagem” de HORTA (1979), em vista de algumas dificuldades, tais como: o paciente encontrava-se constantemente sedado, não houve visita de familiares ou conhecido durante a nossa permanência na unidade, não estivemos presentes na admissão do paciente, dados incompletos no prontuário.

Do prontuário do paciente, foram obtidas as seguintes informações:

Em 10.05.89, internação – H.S.Z., 27 anos, ex-presidiário, procedente de Jundiá, refere que há um mês teve ferimento perfurante na região plantar do pé E, com prego enferrujado, o qual uma semana após estava com edema e rubor. Queixou-se, também, da dificuldade para abrir a boca e deglutir alimentos. Sedado, torporoso, trismo, afebril. Mantendo PA=12/8 cmHg e P=80 bpm, há patéquiias e localizadas no tronco e na região dorsal, rigidez abdominal e de nuca.

Foram prescritos 80mg de Diempax por dia.

A prescrição médica compunha:

1. Dieta para pesquisa de VMA (ácido vanil mandélico) e metanefrina por SNG, 200 ml, 3/3 h;
2. Cloranfenicol 1g EV 6/6 hs;
3. Diempax 12 amp+SG 5% 500 ml EV 12/12 hs;
4. Diempax 1 amp. EV S/N;
5. Amplictil 1/2 amp. EV S/N;
6. Novalgina 2 cc EV se T=38° ou para dor;
7. Aldrox 10 ml por SNG 3/3 hs;
8. Hidróxido de Mg 10 ml por SNG;
9. Aminofilina 1 amp. EV + SG 5% 250 ml de 8/8 hs;
10. Água por gavagem 4/4 hs. 200 ml;
11. KCL xarope 10 ml SNG após as refeições.

Com a evolução da doença, seu agravamento levou às seguintes condutas: traqueostomia (2º dia de internação – DI) instalação de um catéter em veia central (2º DI), ventilação mecânica (Bird em ventilação controlada), aumento das dosagens de Diempax em 15.05, de 12 ampolas para 18 ampolas; nesse mesmo dia passou a receber dieta obstipante, por sonda nasogástrica (SNG).

Com a melhora da diarreia, passou a receber dieta comum por SNG, em 18.05.

Procuramos retratar a seguir o quadro geral – 15 dias após a internação.

25.05.87: Exame físico e evolução de enfermagem: Consciente, orientado, atendendo às ordens simples, porém muito sedado. Apresenta pupilas isocóricas e fotorreagentes, ptose palpebral bilateral, permanecendo corado, hidratado, acianótico, lábios ressecados.

Pediculose já tratada. Assistido pelo Bird com ventilação mandatória intermitente (IMV) (2:1), traqueostomizado, com secreção traqueal espessa e abundante, também ao redor da cânula, sialorréia intensa, trismo +++/4+, riso sardônico, rigidez de nuca +++/4+, rigidez abdominal +++/4+, abdome plano e indolor à palpação, hipertonia de MMSS e MMII, com espasmos e sudorese importante.

Há discreto edema palpebral bilateral. Continua urinando espontaneamente, fazendo uso de uripen, porém em quantidade insatisfatória, concentrada, sem sedimentos. Ferimento perfurante na borda lateral do pé E, já debridado, e, em fase de cicatrização (foco). Recebendo oxigênio (O<sub>2</sub>) umidificado, 5 litros por minuto (5 l/min).

Está com sonda nasogástrica fechada, em narina D; soro por “intracath” na veia subclávia E. Monitorizado, com especial atenção à frequência cardíaca.

A prescrição médica compunha:

1. Dieta normoprotéica, hipercalórica por SNG 3/3 hs;
2. Diempax 17 amp. + 5% 500 ml EV em 12 hs;
3. Tagamet 1 cp. SNG 8/8 hs;
4. Claforan 2 g EV 12/12 hs;
5. Aminofilina 1 amp. + SG 5% 100 ml EV em 8 hs;
6. KCL xarope 1 med. VO 3 vezes ao dia.

Quanto ao controle de sinais vitais, mantinham-se estáveis, entretanto, apresentava hipertensão arterial lábil (18/10 cmHg, 14/9 cmHg, 13/9 cmHg) e taquicardia momentânea. Estava em respiração espontânea (Bird em ventilação assistida + IMV), tendo iniciado o uso desta válvula em 14.05, 4º dia de internação.

Durante higiene corporal, no leito, avaliamos boas condições de pele (íntegra) e grande quantidade de esmegma.

Foi puncionada veia subclávia D para instalação de um novo catéter central, pois à esquerda apresentava discreta secreção purulenta e hiperemia na inserção.

A evolução mostrou uma melhora significativa do paciente, levando-o a respirar espontaneamente a partir do 14º dia de internação, quando foi desligado do Bird. Elevou-se seu nível de consciência, sendo possível entendermos suas queixas e orientá-lo.

Quanto ao suporte medicamentoso, foram suspensas as dosagens de Diempax (17 amp.), mantendo essa droga somente como dose de ataque, e Amplictil 1/2 amp.

Verificamos ainda, um resultado de Ecocardiografia, o qual mostrou um prolapso de valva tricúspide. Outros resultados foram a sorologia para AIDS, ou seja, anti HIV negativo e gasometria arterial dentro dos parâmetros de normalidade.

Os espasmos, contraturas de membros inferiores, persistiam e, novamente, foram prescritos 9 ampolas de Diempax em soro Glicosado a 5%, 500 ml, durante 12 horas (17º e 18º dias de internação). As dosagens de eletrólitos no sangue estavam normais, apesar do discreto edema palpebral bilateral e oligúria.

Precisamente no dia 28.05, notamos o nível de consciência absolutamente normal, isto é, orientado auto e alopsiquicamente, sem sonolência, o que trouxe muita satisfação profissional a todos da equipe. Foi, então que iniciamos a orientação, a qual será descrita na assistência de enfermagem propriamente dita.

Mesmo restringido, o paciente retirou a SNG. Tentamos, então, avaliar sua deglutição oferecendo-lhe água por boca e não obtivemos sucesso, sendo repassada a SNG. Devido à disfagia e ao quadro súbito de diarreia, a SNG permaneceu

fechada para receber dieta obstipante.

Sem restrição ao leito, foi orientado quanto a SNG e deglutição.

Com base no exame físico proposto (ANEXO I), tem-se a seguinte evolução, em 1º de junho:

Consciente, orientado, comunicando-se através de gestos, hidratado, acianótico, anictérico, descorado ++/4+; afebril, normotenso, eupneico. Continua com pupilas isocóricas e fotorreagentes. Rigidez de nuca +/4+, sem trismo e riso sardônico, traqueostomizado com secreção espessa e branca, em média quantidade, alimentando-se por boca. Presença de rigidez abdominal 3+/4+, indolor à palpação, ruídos hidro-aéreos presentes (RHA+), hipertonía intensa dos MMII com dorso-flexão dos pés, inversão acentuada do pé D, edema discreto na panturrilha E. Urinando espontaneamente e evacuação normal. Foco totalmente cicatrizado.

Notamos que havia espasmos leves à palpação abdominal. Informa sobre dor intensa nos MMII.

O fim do estudo de caso ocorreu no dia 2 de junho. Este paciente evoluiu conseguindo sentar com dificuldade, fazendo hidroterapia, com média quantidade de secreção traqueal espessa e apresentando às aspirações, sudorese intensa na face e tronco. No dia 4 de junho recebeu transferência da UTI para a enfermaria.

### 1. *Plano Assistencial*

Retomando HORTA (1979), temos que o plano assistencial é a "determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante de diagnóstico estabelecido". Verificamos que o paciente tetânico, na UTI, tem um alto grau de dependência da enfermagem.

Por motivos didáticos, dividimos em tópicos o plano assistencial.

#### 1.1 *Na recepção:*

É de suma importância lembrarmos que o tetânico não possui, em função do quadro clínico, rebaixamento ou qualquer outra alteração do nível de consciência.

Ele, portanto, deve ser orientado com relação ao que acontece ao seu redor e com ele próprio.

Este é o momento mais adequado, salvo algumas intercorrências, para realizarmos o Histórico de Enfermagem e o exame físico inicial. Tais dados fornecerão parâmetros para individualizarmos nossas condutas, melhorando a assistência de enfermagem.

Vale salientar que o paciente tetânico é admitido diretamente na UTI, o que aumenta consideravelmente sua ansiedade e a de sua família.

Consideramos, também, como assistência de enfermagem o planejamento da unidade do paciente. Isto inclui desde a arrumação de cama, previsão de material a ser utilizado (sondas de aspiração, luvas, água destilada, gaze, SNG, uripen, son-

da Foley, papagaio, comadre, etc) aspirador portátil ou fixo a parede, monitor cardíaco, torpedo de ar comprimido.

Verificar, se está em ordem, a rede de oxigênio e ar comprimido canalizado.

Prever e prover situação de emergência – como insuficiência respiratória aguda e necessidade de traqueostomia ou iminência de parada cardíaco-respiratória – instalado catéter e soro em veia central; o que significa ter o material diariamente revisado, conferido, à mão: caixas de pequena cirurgia, catéteres intravenosos (intracath), antissépticos e outros.

Concomitante a esses cuidados, a enfermeira deve reconhecer os sinais e sintomas do tétano, bem como toda a progressão da doença.

Embora paradoxal, ao recebermos o paciente, seja na UTI ou na unidade de internação comum, é importante salientar que fica implícito, na orientação, também o preparo para a alta. Há pois, por parte da enfermeira, a compreensão, a empatia em captar qualquer progresso alcançado pelo paciente, encorajando-o com frases como: “a continuar assim, o senhor terá alta em breve! Muito bem, tente abrir melhor os olhos, abrir um pouco mais a boca... Isso, estique as pernas!...”.

Especificamente no tetânico, a prevenção de deformidades (dorso-flexão dos pés, flexão de punhos entre outras) e cuidados com a pele (escaras) são também fundamentais.

No caso estudado, não estávamos presentes à admissão na UTI; assim prestamos cuidados diretos a partir do quarto dia de internação já com o paciente muito sedado.

### *1.2. Na fase aguda da doença:*

Em geral, nesta fase (salvo tétano localizado) o paciente encontra-se muito sedado devido aos espasmos e contraturas, assim como para rebaixar o nível de consciência (... “o tetânico é um espectador lúcido do seu próprio sofrimento” HARRISON (1983). Especificamos, novamente, que para tornar esse relato mais didático e verdadeiro, todos os cuidados foram por nós prestados durante a nossa permanência na UTI.

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO AO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

Verificar se, mesmo sedado, o paciente atende aos chamados.

Informar sobre qualquer procedimento.

Localizar no tempo e no espaço (dia, mês, hora e local).

Informar sobre visitas que tem recebido.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUANTO AO POSICIONAMENTO:

Manter o paciente em cama com grades (levantadas).

Fazer mudança de decúbito.

Colocar: apoios sob os joelhos (flexão de 15°; anteparo nos pés; órteses improvisadas – com lençol, espuma, fronha ou outro material – impedindo deformidades das mãos e punhos; apoio sob os calcâneos e cotovelos, região sacra (uso de almofadas d'água), nas costas (em lateral). Observação: *o colchão d'água causa grande instabilidade para esses pacientes.*

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM IMOBILIZAÇÃO DO PACIENTE:

Evitar o uso da restrição em "8".

Proteger as saliências ósseas.

Verificar, regularmente, pulso proximal, coloração e temperatura do membro restringido.

Observar presença de edemas.

É um detalhe importante não só pela restrição, mas também, porque os espasmos e contraturas podem levar a danos mais sérios.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DA VENTILAÇÃO:

Aspirar sempre que necessário, com técnica asséptica, cânula de traqueostomia, boca e narinas.

Manter cânula livre de secreção.

Trocar o cadarço da cânula diariamente.

Manter a pele do pescoço limpa e seca.

Manter "cuff" insuflado.

Controlar aparelhos, aspiradores, extensões, rede de vácuo de oxigênio, e de ar comprimido, para sempre propiciar funcionamento adequado.

Manter nebulização contínua.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM INFUSÕES E DRENAGENS:

Posicionar, confortavelmente, a sonda nasogástrica e a sonda vesical de demora. Observar lesões causadas pelas sondas.

Trocar sonda Foley, conforme rotina preconizada na UTI.

Colher material (secreção brônquica, urina), conforme rotina preconizada.

Fazer limpeza de meato uretral externo e narinas diariamente.  
Trocar curativo de intracath diariamente (oclusivo).  
Manter intracath permeável.  
Controlar infusão de soro (dosagem e gotejamento).  
Controlar a infusão da dieta (gotejamento ou por gavagem).  
Controlar diurese (volume e aspecto).  
Fazer balanço hídrico de 24 horas e por plantão.

#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PELE E MUCOSAS:

Usar emoliente sempre que necessário.  
Fazer prevenção de escaras.  
Trocar, diariamente, curativos das escaras.  
Identificar o foco e inspecionar condições.

Fazer curativo do foco, diariamente e quantas vezes forem necessárias, observando condições (secreção, necrose, hiperemia, odor, tecido de granulação).

Colocar, após limpeza ocular com água boricada, colírio neutro ou pomada com vitamina A e D, se necessário cobrir com gaze úmida.

Observar coloração e integridade das mucosas.

#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUANTO À HIGIENE CORPORAL E ORAL:

Dar banho no leito. Sempre que possível esse cuidado será aplicado por uma enfermeira e um funcionário da UTI.

Fazer higiene oral com água bicarbonatada.  
Retirar crostas dos lábios com uso de emolientes.

Fazer higiene íntima minuciosa, observando presença de secreção, esmegma, lesões, irritações.

Evitar excesso de sabão, durante o banho, pois resseca a pele.  
Secar espaços interdigitais e dobras em geral.  
Aparar as unhas.

#### CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO À FAMÍLIA:

Embora durante a realização deste estudo, não tenhamos entrado em contato com familiares, é importante:

- Orientar quanto ao quadro clínico e quanto à assistência de enfermagem prestada.
- Orientar no sentido de profilaxia da doença, vendo-a como agentes multiplicadores das informações.

## ORIENTAÇÃO E TREINAMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Orientar a evitar acidentes de trabalho.

Ensinar a manusear o paciente grave, com infusões e drenagens, além de aparelhos.

Manter a unidade do paciente organizada, de modo que o acesso ao paciente seja fácil, evitando a mecânica corporal incorreta.

Orientar quanto à doença e respectiva assistência de enfermagem.

### 1.3. Na fase de recuperação:

Em geral, é uma fase muito gratificante, pois após a fase onde o paciente era totalmente dependente da enfermagem, agora, começamos a reeducá-lo.

Vemos, então, os resultados da nossa assistência de enfermagem, e a importância do seu planejamento.

Temos, ainda, como objetivo, diminuir o grau de dependência do paciente com relação à enfermagem.

Saímos da fase do "FAZER" e passamos para a fase do "AJUDAR".

Verifica-se ainda nesta fase, possíveis seqüelas tais como fraturas de costelas e coluna, devido aos espasmos e contraturas intensas.

Neste planejamento de reeducação do paciente, temos que estar cientes, ainda, para alguns sinais e sintomas do tétano residual para que nossas orientações não causem mais ansiedade no paciente por este querer fazer tudo.

Vamos, então, "AJUDAR" o paciente a:

- mudar de decúbito;
- tossir e expelir secreção;
- alimentar-se (com supervisão);
- mastigar correta e vagorosamente os alimentos;
- deglutir cautelosamente;
- assumir postura e relaxamento muscular;
- fazer uso de papagaio e comadre;
- sentar-se no leito;
- sentar-se na cadeira;

- tomar banho e aspersão;
- fazer hidroterapia (banheira);
- comunicar-se por gestos, se conseguir, por mímica facial e até escrever, se for alfabetizado.
- colaborar nas sessão de fisioterapia.

É válido dizer que, nesta fase, o paciente ainda se encontra na UTI, embora a assistência de enfermagem a ele prestada tenha características de unidade de cuidados semi-intensivos.

Com o aumento da não-dependência da enfermagem, a alta da UTI ocorre rapidamente, sendo encaminhado para a unidade de internação onde, também, será ajudado no treino de marcha.

A propósito dos cuidados de enfermagem citados anteriormente, elaboramos um item para os cuidados de enfermagem com medicamentos e, neste estudo, apresentaremos, especificamente, as medicações utilizadas no Paciente H.S.Z.

Entretanto, como já citamos no item Tratamento, as medicações utilizadas nos tetânicos são similares, salvo no caso de tétano grave, onde o paciente é curarizado (além de se fazer uso de barbitúricos).

Não especificamos aqui os cuidados com o paciente curarizado, pois o paciente escolhido não necessitou desse tratamento e, também, porque a literatura é rica nesse aspecto.

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM MEDICAMENTOS:

Tais cuidados referem-se ao preparo e administração de drogas, com o conhecimento de efeitos desejáveis e colaterais.

### 1. *antibióticos.*

#### 1.1. *Grupo Cefalosporinas – Claforan.*

Semi-sintético, amplo espectro, atingindo bactérias gram positivas e gram negativas. É indicado em infecção bacterianas agudas e crônicas. Possui ação bactericida.

#### 1.2. *Largo espectro – Cloranfenicol.*

Possui ação bacteriostática, atingindo bactérias gram positivas e gram negativas. É indicado nas afecções agudas das vias respiratórias, assim como em algumas outras infecções.

### Assistência de Enfermagem:

Executar as diluições corretamente, por via adequada e no horário correto, observando o local de infusão.

Reconhecer os sinais e sintomas de hipersensibilidade.

Reconhecer os efeitos colaterais tais como diarreia, náuseas, vômitos, resistência dos microrganismos.

Controlar temperatura em intervalos menores (4/4hs).

## 2. Vasodilatadores:

### 2.1. Arterial e Bronquiodilatador – Aminofilina.

Assistência de Enfermagem:

Diluir corretamente, fazendo uso de buretas e microgotas.

Controlar o gotejamento e local de infusão.

Controlar antes da infusão PA, P, FR e, também, durante e após a mesma.

Reconhecer sinais de hipersensibilidade.

## 3. Hipnóticos e Sedativos:

Os hipnóticos são soníferos e os sedativos são drogas que reduzem a excitação cortical, sem induzir o sono (diminuem as atividades motoras).

Atuam no SNC, causando depressão nervosa e respiratória, levam à vasodilatação e hipotensão (barbitúricos).

São eles Thionembutal, Gardenal, Luminal, etc.

Outros são usados na insônia, sedação diurna e em pacientes sensíveis aos barbitúricos. Estes outros são os não barbitúricos.

Assistência de Enfermagem:

Controlar rigorosamente os sinais vitais.

Observar diluição correta quanto à dosagem e uso do diluente apropriado.

Controlar gotejamento e local de infusão.

Observar via de administração e sinais de intoxicação.

## 4. Antiácidos:

4.1. *Protetor da mucosa gastroduodenal, indicado para o tratamento de gastrites e úlceras. Tem indicação na prevenção das mesmas.*

Assistência de enfermagem:

Observar dosagem, via e horário para administração.

Reconhecer alguns possíveis efeitos colaterais.

## 5. Xaropes:

### 5.1. Cloreto de Potássio (KCL)

“O potássio tem função de relevo na síntese de proteínas, especialmente na

incorporação de aminoácidos às cadeias de polipeptídeos. É de se deduzir que a migração do potássio venha a prejudicar seriamente a síntese de proteínas específicas, dentre as quais merecem destaque as imunoproteínas, de que tanto necessita o organismo frente a qualquer agressão" (BRANCO MACHADO, 1987).

Embora não seja classificado, aqui, como medicamento, aparece em certa fase da doença uma prescrição médica de dieta para pesquisa de VMA (ácido vanilmandélico) e metanefrina. Segundo orientação verbal do Serviço de Nutrição e Dietética do IC-HC, é uma dieta pobre em ácido fenólico, para não mascarar a produção de ácido vanilmandélico e metanefrina, as quais estão aumentadas durante o acometimento por tétano.

#### IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este foi um estudo realizado na UTI da clínica de Moléstias Infecciosas do HCFMUSP, durante nossa permanência nesta unidade.

Atuamos efetivamente durante a evolução de uma doença grave, com alto índice de mortalidade e, verificamos que a atuação do "enfermeiro-intensivista" baseia-se em:

- conhecer tudo sobre a doença, com perspectiva de encontrar a normalidade;
- estar atualizado quanto à assistência de enfermagem.
- e é, sobretudo, incorporar uma filosofia de trabalho dinâmica, atual e de união entre a equipe multiprofissional.
- executar os cuidados de enfermagem previamente planejados, visando a qualidade e a individualização destes, para prevenir ou minimizar as sequelas.
- orientar a equipe de enfermagem e comunidade, no que tange à doença, sua transmissão e profilaxia.

Recomenda-se o uso do roteiro para o exame físico do paciente tetânico proposto por FARO & LIMA (ANEXO I), desde a recepção até a alta da UTI.

FARO, A.C.M. & LIMA, Z. dos S. Nursing care of the tetanic patient in ICU. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(1): - Apr. 1989.

*The authors have made a general study on tetanus of the adult and specified the nursing care planning in the Intensive Care Unity.*

UNITERMS: *Nursing care. Tetanus. Intensive care units*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENENSON, A.S. Tétano. In: \_\_\_\_\_, *Controle das doenças transmissíveis no homem*. 13.ed. Washington, Organização Panamericana de Saúde, 1983. p.322-6. (publicação científica, 442).
- BIER, O. *Bacteriologia e imunologia*. 19.ed. São Paulo, Melhoramentos, 1978. p.548-61.
- BRANCO, P.D. & MACHADO, M.C.C. Estado de choque e seu tratamento. In: CORBETT, C.E. *Farmacodinâmica*. 5. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987, p.467.
- BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Enfermagem na doença transmissível. In: \_\_\_\_\_ *Enfermagem médico-cirúrgica*. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. p.1140-42.
- GUYTON, C.A. *Fisiologia básica*. 2. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1978. p.
- HARRISON, T.R. *Medicina interna*. 10.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1983. p.1130-34.
- HORTA, W. de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo, EPU, 1979. 99p.

Recebido em 20/08/87

ANEXO 1

EXAME FÍSICO DO PACIENTE TETÂNICO NA UTI.

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

01) Nível de consciência e grau de orientação:

- consciente
- inconsciente
- sedado
- orientado
- confuso
- atende às solicitações verbais
- não atende às solicitações verbais
- reage aos estímulos dolorosos

02) Pupilas:

- fotorreagentes
- isocóricas
- médio-fixas
- midriáticas
- não reagentes
- anisocóricas
- mióticas

03) Mucosas:

- bucal e lábios:  íntegra  corada  descorada  
lesões: \_\_\_\_\_  
nasal:  íntegra lesões: \_\_\_\_\_  
conjuntival:  íntegra  corada  descorada

04) Edemas:

- local: \_\_\_\_\_  anasarca

05) Secreções:

- local: \_\_\_\_\_  
características: \_\_\_\_\_

06) Contraturas e Espasmos:

- TRISMO: \_\_\_\_\_ RISO SARDÔNICO: \_\_\_\_\_  
RIDIGEZ DE NUCA: \_\_\_\_\_ RIGIDEZ ABDOMINAL: \_\_\_\_\_  
OPISTÓTONO: \_\_\_\_\_ ESPASMOS: \_\_\_\_\_  
ABALOS: \_\_\_\_\_

07) Foco:

- local: \_\_\_\_\_ condições: \_\_\_\_\_

08) Condições de pele: \_\_\_\_\_ escaras: \_\_\_\_\_

09) Alimentação:  VO  SNG  SNE

10 Eliminações: ( ) sonda Foley ( ) uripen ( ) espontânea  
evacuação: \_\_\_\_\_  
vômitos: \_\_\_\_\_  
sudorese: \_\_\_\_\_

11) Aparelhos, Equipamentos e Infusões:

- ( ) traqueostomizado  
( ) Bird ( ) assistida ( ) controlada ( ) IMV ( ) PEEP  
( ) Monaghan  
( ) Monitor cardíaco  
( ) Venodissecação local: \_\_\_\_\_  
( ) Intracath local: \_\_\_\_\_  
( ) Gelco local: \_\_\_\_\_  
( ) Butterfly local: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

enfermeira – coren

data