



## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO QUEIMADO NA FASE DE RESSUSCITAÇÃO E AGUDA<sup>1</sup>**

*Cristiane Ribas, Luciele Nawroski, Luis Anildo Anacleto da Silva, Margarete Veronica Jesse*

**Introdução:** As queimaduras são lesões causadas por trauma de origem térmica ou química, que acometem um ou vários segmentos corporais, de acordo com a intensidade da exposição e do mecanismo causador, entre estes destacam-se: superfície e líquidos quentes, substâncias químicas, radiação, frio extremo, atrito ou fricção. Estes em contato com os tecidos corporais ocasionam danos e destruição parcial ou total de tecidos e estruturas. A causa mais comum é a queimadura por substâncias e/ou estruturas com altas temperaturas. A maioria tem baixa severidade e extensão, calcula-se que em 80% dos casos o acometimento é de menos de 20% da área corporal total. **Método utilizado:** trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica nos principais livros de enfermagem, periódicos e outras fontes. **Revisão da literatura:** As queimaduras de maior incidência são as térmicas, ocasionadas por exposição ao calor e frio extremo. Entretanto, a mais invasiva é a elétrica, que representa a forma mais agressiva de trauma, e tem como característica um ponto de entrada e outro de saída, estas podendo afetar diversas estruturas no corpo tais como nervos, vasos, músculos, pele, tendões e ossos, sendo freqüentes as amputações em sua decorrência. As queimaduras dividem-se em: queimadura de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau. As queimaduras ocasionam várias complicações dentre elas: o volume de sangue circulante reduz drasticamente durante o choque do queimado. Além disso, a perda de líquido por evaporação pela ferida da queimadura pode alcançar de 3 a 5 litros ou mais em um período de 24 horas até que as superfícies queimadas sejam cobertas. **Resultados:** Cuidados de Enfermagem na fase de ressuscitação e aguda. A fase de emergência/ressuscitação tem duração desde o início da lesão até completar a reposição de líquidos priorizando os primeiros socorros, a prevenção do choque, a prevenção do desconforto respiratório, detecção de lesões e concomitantemente a avaliação da ferida e cuidados ao queimado. Segue-se após a fase de emergência e ressuscitação a fase aguda a qual inicia 48 a 72 horas após a queimadura. Durante esta fase deve-se dar atenção à avaliação contínua e manutenção dos estados respiratório, circulatório, equilíbrio hidroeletrólítico e função gastrointestinal. São também prioridades neste estágio os cuidados com o local da queimadura e controle da dor. O primeiro atendimento do paciente com queimadura segundo norma preconizada pelo Advanced Life Trauma Support (ATLS) baseia-se num exame básico rigoroso iniciando-se pela permeabilidade das vias aéreas, garantindo boa respiração, avaliação do sistema circulatório, realização do exame do estado neurológico e a exposição da vítima. Esse primeiro atendimento pode ser realizado a nível pré-hospitalar por profissionais especializados como também realizado na admissão do paciente no serviço de emergência. Esta conduta inicial visa avaliar o estado da vítima bem como a manutenção da vida. Após a admissão hospitalar os cuidados imediatos prestados pela equipe multidisciplinar incluem: cessar o processo de queimadura removendo objetos e roupas que possam estar propagando a lesão. Realizar a avaliação clínica completa e registro de extensão e profundidade da queimadura. Os sinais vitais devem ser monitorados freqüentemente, avaliando os pulsos apical, femoral, carotídeo e radial em caso de constatação de arritmias e alteração de



frequência cardíaca faz-se a monitorização cardíaca. Instala-se concomitantemente o oxímetro de pulso e em caso de saturação menor que 90% proporcionar administração de oxigênio umidificado a 100%. O controle da temperatura é um dos aspectos importantes, pois os pacientes queimados são propensos a calafrios e hipotermia porque a perda de pele reduz a capacidade de reter o calor corporal. A dor enquanto, discussão como o quinto sinal vital, também é imprescindível o seu controle através de analgesia oral ou intramuscular no pequeno queimado e por via endovenosa no grande queimado. Simultaneamente, realizar cateterismo venoso preferencialmente de uma veia periférica de grosso calibre para infusão de líquidos, visando hidratação precoce, pois uma das alterações fisiopatológicas da queimadura é a perda de grande volume hídrico. Na reposição volumétrica a solução de escolha é o Ringer Lactato, que auxilia na prevenção do choque hipovolêmico, além disso, é um expansor plasmático. Dentro dos cuidados iniciais é crucial a profilaxia do tétano através da limpeza da lesão e analisar a situação vacinal do cliente. No caso de dúvidas quanto à vacina aplica-se a gamaglobulina hiperimune e na fase de recuperação é feito o reforço da vacina antitetânica. O paciente internado deve ser pesado diariamente devido aos grandes volumes infundidos na fase de ressuscitação e o edema que acompanha a evolução da queimadura. O paciente queimado é potencialmente propenso a desenvolver quadros infecciosos, devido baixa do estado imunológico e condições da ferida. Para isso se atenta para os sinais de infecção e coleta de amostras para exames e no caso de confirmação do diagnóstico iniciar com antibioticoterapia e colocar o paciente em quarto de isolamento. Portanto, priorizar técnicas assépticas como medidas preventivas de infecção. Um dos cuidados na fase de ressuscitação inclui atentar para sinais de choque e intervir por meio da reposição hídrica e controle do débito urinário, que deverá ser de no mínimo de 30 ml/hora, sendo que o ideal é de aproximadamente 1ml/kg/hora. Algumas das complicações secundárias a queimadura incluem o Íleo paralítico e a úlcera de Curling. Em caso de lesões por agentes químicos faz-se necessário irrigar a região afetada com água corrente com baixo fluxo por pelo menos 20 a 30 minutos. Neste caso não está indicado a aplicação de agentes neutralizantes, pois a reação é exotérmica podendo agravar ainda mais a queimadura. Para verificar se há comprometimento da córnea usa-se colírio de fluoresceína. O tratamento da lesão é classificado de acordo com a profundidade e comprometimento da queimadura. Nas queimaduras de primeiro grau é priorizada a utilização de analgesia via oral ou intramuscular, bem como hidratação local com compressas estéreis úmidas, porque não há rompimento da derme e possíveis formações de crostas. Nas lesões de segundo grau além de analgesia e hidratação local é imprescindível a limpeza do local. É realizado o debridamento de bolhas, no entanto, bolhas integras não precisam ser debridadas. Após isso, é feito a realização do curativo com a finalidade de proteger a lesão de traumatismos e infecções oportunistas. O curativo nestas lesões é realizado com gases vaselinadas para não aderir à lesão, gases secas, chumaço de algodão e atadura. Nos membros o curativo deve ser oclusivo e deve-se evitar a oclusão em orelhas e períneo. Os pacientes devem ser mantidos em repouso e com o membro elevado. O curativo é confeccionado com uma camada de sulfadiazina de prata 1%, uma camada de gases secas e enfaixamento. No caso de queimaduras de espessura total, circunferência de membros ou do tronco pode ser necessário o procedimento da escaratomia com a finalidade de remover o tecido necrosado que impede a perfusão tissular para os tecidos adjacentes. Considerações



finais: Este estudo sobre queimaduras procurou abordar sobre o conceito, classificação, etiologia, complicações, dando enfoque principal aos cuidados de enfermagem prestados ao paciente queimado na fase de ressuscitação e aguda. Desta forma, elencando as prioridades no atendimento e admissão do queimado na unidade de emergência ressaltando o papel do enfermeiro nessas situações.

<sup>1</sup> Trabalho de graduação