

 <p>Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago do HU/UFSC</p>	Procedimento Operacional Padrão (POP)	 <p>GICPF/DE/HU</p>	
	<u>Assistência de Enfermagem</u>		
	Título: Avaliação de pacientes com feridas agudas não cirúrgicas: <i>QUEIMADURAS</i>	Versão: 01	Próxima revisão: 2018
Elaborado por: Fabiana Minati de Pinho e Taise Costa Ribeiro Klein		Data da Criação: 06/04/2017	
Revisado por: Fabiana Minati de Pinho, Taise Costa Ribeiro Klein e Grupo Interdisciplinar no Cuidado de Pessoas com Feridas (GICPF/HU).		Data da Revisão: 18/05/2017	
Aprovado por: Membros da Comissão do GICPF/HU		Data da Aprovação: 06/10/2017	
Local de Guardo do Documento: REDE / OBELIX / POP e Impresso			
Responsável pelo POP e pela Atualização: Membros do GICPF/HU			
Objetivos: Orientar os cuidados de enfermagem do paciente com queimaduras atendido nos setores de Emergências (adulto e pediátrico), Unidades de Internação (UI), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Centro Cirúrgico (CC) à partir do “ <i>Guideline de Ações de Cuidado de Enfermagem ao Paciente Queimado Adulto do HU/UFSC</i> ”.			
Setor: GICPF/HU		Agente (s): Equipe Multiprofissional	

1. CONCEITO

Para Dassi e Alves (2011), o termo queimadura é definido como uma lesão, geralmente restrita à pele, decorrente da aplicação de calor ao corpo que varia de gravidade dependendo do agente causador. Conforme Lopes Júnior e Prestes (2008), queimadura é toda lesão causada por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos que agem na pele, destruindo-a parcial ou totalmente e podendo atingir tecidos mais profundos, como: subcutâneo, músculo, tendão e osso.

2. CLASSIFICAÇÃO

Para Fernandes Júnior et al (2006), existem diversos aspectos que devem ser levados em consideração na hora de classificar uma queimadura, uma vez que colaboram na escolha do tratamento e identificam a gravidade do caso, tais como: agente causal, profundidade da queimadura, extensão da área corporal queimada, gravidade e etiologia da lesão.

Para Fernandes Júnior et al (2006), as queimaduras caracterizam-se por:

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

➤ Agente Causal

- **Escaldo:** causa mais frequente de queimaduras tendendo a ser mais grave nas regiões com roupas e com líquidos mais espessos;
- **Chama:** a segunda causa mais frequente e quando atinge as roupas geralmente causa queimaduras mais profundas;
- **Flash burn (explosões):** atinge temperaturas muito elevadas causando queimaduras profundas, porém as roupas não incendeiam, conferindo proteção;
- **Contato:** geralmente causadas pelo contato com metais, plásticos e carvão, apesar de profundas, tende a ser restrito a pequenas áreas;
- **Elétrica:** aquela que ocorre em razão da alta intensidade de calor e da explosão das membranas celulares quando o calor convertido é diretamente proporcional à amperagem da corrente e da resistência do local por onde passou esta corrente. Apesar da aparência da lesão da pele ser restrita, há grande destruição das estruturas abaixo da pele e proximidades devendo ser consideradas mais graves, o que demanda uma atenta monitorização cardíaca e urinária;
- **Química:** causada mais frequentemente por ácidos ou álcalis em acidentes de trabalho que ocasionam uma lesão progressiva até o agente ser totalmente removido, preferencialmente por água abundante.

➤ Profundidade da Queimadura

- **Queimadura de 1º Grau:** apresenta eritema associado à dor. O grau de destruição celular limita-se às camadas superficiais da epiderme;
Principal Sinal Eritema
Principal Sintoma Dor
- **Queimadura de 2º Grau:** abrange queimadura parcial superficial e parcial profunda. As Queimaduras Parciais Superficiais ou Segundo Grau Superficial atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Apresenta edema intersticial com extravasamento de líquido e resulta na formação de bolhas sobre a pele avermelhada, com dor que varia de moderada para forte intensidade e umidade. As Queimaduras Parciais Profundas ou Segundo Grau Profundo atingem toda a epiderme e a maioria dos elementos da derme é destruída. Existe tecido necrosado, geralmente não há bolhas e a dor é de menor intensidade;
Superficial
Principal Sinal Eritema/Bolha
Principal Sintoma Dor//Choque
Profundo
Principal Sinal Branca Nacarada
Principal Sintoma Choque
- **Queimadura de 3º Grau:** todas as camadas da pele, incluindo músculos e vasos sanguíneos, são atingidas. A pele fica esbranquiçada, com coloração avermelhada viva, acastanhada ou carbonizada, ocorrendo uma ausência de dor devido à destruição dos nervos.
Principal Sinal Carbonização
Principal Sintoma Choque Grave

➤ Extensão da Área Corporal Queimada

- **Regra dos Múltiplos:** constitui-se de uma maneira rápida para estimar a extensão das queimaduras. O sistema atribui percentual em múltiplos de NOVE para Adultos e em múltiplos de ONZE para Crianças às principais superfícies corporais (SMELTZER et al, 2008); (anexo 1 e 2)
- **Método de *Lund-Browder*:** método mais exato de estimar a extensão de uma queimadura que auxilia na visão global do paciente, levando em conta a lesão de primeiro, segundo e terceiro grau e a porcentagem total de Área de Superfície Corporal Total. O método de *Lund-Browder* considera as proporções do corpo em relação ao crescimento e à idade (SMELTZER et al, 2008); (anexo 3)
- **Método da Palma:** empregado para estimar a extensão das queimaduras, considerando que o tamanho da palma do paciente é de aproximadamente 1% da Área de Superfície Corporal Total (SMELTZER et al, 2008). (Anexo 4)

➤ Gravidade da Lesão

- **Pequeno Queimado:** 1° e 2° Grau até 10% da SCQ;
- **Médio Queimado:** 1° e 2° Grau entre 10 e 25% SCQ, 3° Grau até 10% SCQ e Queimadura de mãos, pés ou face;
- **Grande Queimado:** 1° e 2° Grau entre 26% SCQ, 3° Grau acima de 10% SCQ, Queimaduras de períneo, Queimaduras elétricas, Queimaduras das vias aéreas e presença de comorbidades (lesão inalatória, politrauma, trauma crânio encefálico, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbio de coagulação, embolia pulmonar, infecção, doenças consuptivas e síndrome compartimental).

➤ Etiologia da Lesão

- **Queimadura Simples:** lesão resultante da ação do calor, cuja fonte térmica é de pequena intensidade com redução do tempo de atuação (líquidos aquecidos e substâncias inflamáveis).
- **Queimadura Complexa:** quando a lesão resulta não só da ação térmica, mas também da atuação de outros agentes agressivos (corrente elétrica, substâncias químicas e radiações ionizantes). Geralmente apresentam alto índice de sequelas, como amputações e retrações de tecidos (FERNANDES JÚNIOR et al, 2006).

3.0 MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Figura da Regra dos Nove de Wallace – Anexo 1
- Figura da Regra dos Onze para Crianças – Anexo 2
- Tabela do Método de *Lund-Browder* – Anexo 3
- Figura do Método da Palma – Anexo 4

5. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

A assistência ao politraumatizado requer a identificação e tratamento prioritário daquelas lesões que põem em risco a vida do paciente. Esta primeira avaliação, deverá identificar tais lesões como: obstrução da via aérea, lesões torácicas com dificuldade respiratória, hemorragia severa

interna e/ou externa, lesões abdominais e queimaduras. Se há mais que um politraumatizado, deve-se tratar por ordem de prioridade (triagem). A avaliação ABCDE (Via aérea, Respiração, Circulação, Disfunção Neurológica e Exposição) não deve demorar mais que 2-5 minutos. A avaliação secundária é primordial para a classificação das queimaduras associando-se a classificação por extensão com a avaliação de profundidade determinando a gravidade do paciente em Pequeno, Médio e Grande Queimado. Esta classificação varia com cada paciente, devendo ser considerados diversos aspectos como: idade, portadores de doenças preexistentes, profundidade e localização da queimadura (BRASIL, 2000a).

5.1 Emergência:

➤ **Tratamento Imediato de Emergência**

- Interromper o processo de queimadura
- Remover roupas, joias, anéis, *piercings* e próteses
- Cobrir as lesões com tecido limpo
- Avaliar a dor do paciente

➤ **Tratamento na Sala de Emergência** – conforme a classificação:

A – Airway - Vias Aéreas:

- Avaliar a presença de corpos estranhos;
- Verificar e retirar qualquer tipo de obstrução.

B- Breathing -Respiração:

- Aspirar vias aéreas superiores, se necessário;
- Manter a cabeceira elevada (30°);
- Administrar oxigênio a 100% (máscara umidificada) e, na suspeita de intoxicação

por monóxido de carbono, manter a oxigenação por três horas. Suspeita de lesão inalatória: queimadura em ambiente fechado com acometimento da face, presença de rouquidão, estridor, escarro carbonáceo, dispneia, queimadura das vibrissas, insuficiência respiratória (necessidade de intubação oro traqueal).

C – Circulation - Circulação:

- Avaliar se há queimaduras circulares no tórax, nos membros superiores e inferiores;
- Verificar a perfusão distal e o aspecto circulatório (oximetria de pulso);
- Obter preferencialmente acesso venoso periférico e calibroso, mesmo em área queimada, e somente na impossibilidade desta utilizar acesso venoso central.

D – Disability - Disfunção Neurológica e/ou Comorbidades:

- Avaliar traumas associados, doenças prévias ou outras incapacidades e adotar providências imediatas;
- Instalar cateter vesical de demora para o controle do volume da diurese nas queimaduras em área corporal superior a 20% em adultos e 10% em crianças.

E – Exposition - Exposição:

- Expor a área queimada.

6. SEQUÊNCIA OPERACIONAL DA ROTINA

Conforme “**Guideline das Ações no Cuidado de Enfermagem ao Paciente Adulto Queimado**” (PINHO et al, 2016):

- As ações foram adequadas conforme a fase da queimadura, quais sejam:
 - Fase Imediata – ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o 1º desbridamento da pele;
 - Fase Intermediária – ações iniciadas após o 1º desbridamento até a enxertia da pele; e
 - Fase Tardia – ações realizadas após a enxertia, até a regeneração total da pele.

6.1 Fase Imediata – Ações que ocorrem nas primeiras horas da queimadura até o primeiro desbridamento da pele (deve ser realizado em, no máximo 24h)

Oxigenação:

- Observar sinais de dificuldade respiratória (comum em queimaduras de vias aéreas), como face, lesão de supercílios e vibrissas nasais, depósito de fuligem na orofaringe, fuligem no escarro, além de história de queimadura em ambiente fechado. A presença destes sinais indica IOT, medidas de suporte ventilatório e que o paciente deve ser transferido imediatamente para um Centro de Tratamento de Queimados ou Unidade de Terapia Intensiva;
- Verificar oximetria de pulso;
- Aferir frequência respiratória periodicamente;
- Comunicar dispneia, cianose de extremidades e tosse;
- Manter cabeceira elevada (30 graus);
- Manter hiperextensão da região cervical.

Percepção Dolorosa:

- Aplicar compressas frias ou mergulhar a área em água corrente clorada no **paciente pequeno queimado**, para alívio da dor inicial, reduzindo a formação do edema. Em **paciente médio e grande queimado**, aplicar compressas frias nas áreas lesionadas, se possível;
- Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em **paciente pequeno e médio queimado**, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao **paciente grande queimado** somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica e, após o início da reposição volêmica.

Terapêutica:

- Dar preferência para puncionar dois acessos venosos periféricos (cateteres flexíveis nº 18 (e/ou 20) nas primeiras horas de internação, em **paciente pequeno e médio queimado**, sempre que possível. Deve-se fazer a punção venosa em área de pele íntegra, na impossibilidade, puncionar em área de pele lesionada (queimadura de 1º grau) e realizar a fixação com sutura utilizando fio de náilon, sendo posteriormente ocluído à semelhança do restante das lesões.
- Providenciar para o **paciente grande queimado** dois acessos venosos, sendo um para drogas vasoativas (profundo) e para medida de pressão venosa central, e outro para hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados;
- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película;
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta;
- Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril;

- Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente.

Regulação:

Térmica

- Verificar e controlar a temperatura corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Evitar a exposição do paciente por tempo maior que o necessário.

Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente;
- Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme protocolo.

Hidroeletrólítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema;
- Manter o paciente no leito com a cabeceira elevada (30 graus);
- Manter os membros superiores e inferiores queimados elevados;
- Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente.

Hidratação/Nutrição:

- No paciente pequeno queimado, iniciar alimentação oral e ingestão hídrica nas primeiras horas (esta conduta pode ser mantida em lesões de face);
- No **paciente médio e grande queimado** iniciar nutrição enteral entre 48 e 72 horas, com cateter em posicionamento gástrico, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua.
- Priorizar a nutrição enteral e na impossibilidade desta, a parenteral não deve ser descartada, porém esta deve ser evitada nas primeiras 48 horas após o trauma.

Eliminações:

Gastrointestinal

- Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou vômito. Manter um cateter gástrico para esvaziamento da cavidade abdominal;

Urinária

- Registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea;
- Realizar o cateterismo vesical e controle horário da urina para avaliar resposta à hidratação venosa nas primeiras 24 horas, **no médio e grande queimado**.

Intestinal

- Comunicar e verificar a frequência e características das fezes.

Higiene Corporal:

- Retirar as roupas e acessórios: anéis, brincos, pulseiras, colares e iniciar a limpeza de áreas lesadas, com retirada dos tecidos desvitalizados e restos de produtos carbonizados sobre as lesões, como plásticos, tecidos, náilon e outros;
- Auxiliar e/ou encaminhar o **paciente pequeno queimado** ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada;
- Realizar o banho no leito ao **paciente médio e grande queimado** com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada.

Higiene Oral:

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio quatro vezes ao dia (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), ao paciente em ventilação espontânea;

- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia no paciente em ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril.

Integridade Cutâneo-mucosa:

- Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada;
- Realizar o curativo com compressa cirúrgica e atadura de crepom, de maneira suave, utilizando como terapia tópica de primeira escolha a pomada à base de sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas, no caso de exsudação em excesso) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas), com exceção da região da face;
- Em queimaduras da região da face, utilizar ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e colagenase creme para queimadura de 2º ou 3º grau;
- Calçar as mãos do paciente com luvas cirúrgicas sem talco, umedecidas com ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de 2º ou 3º grau. Os dedos das mãos e pés deverão ser separados, um a um, umedecidos com ácido graxo essencial para queimadura de 1º grau e sulfadiazina de prata a 1% (troca de cobertura a cada 12 horas) ou sulfadiazina de prata a 1% com nitrato de cério a 2,2% (troca de cobertura a cada 24 horas) para queimadura de 2º ou 3º grau;
- Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de 2º grau.

Integridade Física:

- Manter colchão pneumático (ou piramidal) para os pacientes queimados;
- Auxiliar e estimular o **paciente pequeno e médio queimado** quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona;
- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do **paciente grande queimado**;
- Utilizar a Escala de Braden.

Mobilidade e Locomoção:

- Orientar e realizar o posicionamento funcional, mantendo os segmentos corporais sempre afastados, preferencialmente em extensão e abdução;
- Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa a cada seis horas e/ou passiva no leito com intervalos de horários conforme o quadro clínico.

Sono e Repouso:

- Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno.

6.2 Fase Intermediária - Ações iniciadas após o 1º desbridamento até a enxertia da pele

Oxigenação:

- Verificar e controlar a saturação de oxigênio do **paciente pequeno e médio queimado** que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, por meio do oxímetro de pulso

adaptado em áreas que não apresentam lesão, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro;

- Verificar e controlar a frequência respiratória do **paciente pequeno, médio e grande queimado** que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro;
- Verificar e comunicar a ocorrência de dispneia, cianose de extremidades e tosse, do **paciente pequeno e médio queimado** que respira espontaneamente com ou sem auxílio de oxigenioterapia, mantendo a cabeceira elevada (30 graus) e hiperextensão da região cervical
- Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do **paciente grande queimado** e no caso de IOT, realizar aspiração oro-endotraqueal, sempre que necessário;
- Verificar e avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do **paciente grande queimado**, e no caso da traqueostomia, realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário.

Percepção Dolorosa:

- Dar preferência pela via oral administrar analgésicos em **paciente pequeno e médio queimado**, seguida da intravenosa. Administrar analgésicos ao **paciente grande queimado** somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica;
- Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor. No paciente inconsciente verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconforto, antes da realização do curativo e manuseio do corpo.

Terapêutica:

- Dar preferência para puncionar um acesso venoso periférico em **paciente pequeno queimado**, sempre que possível. Providenciar um acesso venoso profundo para o **paciente médio e grande queimado**. Este acesso venoso profundo deverá ser feito com um cateter em uma veia central (jugular ou subclávia), para: infusão de drogas vasoativas, medida de pressão venosa central e hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados;
- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película;
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente.

Regulação:

- Dar preferência pela via oral para administrar analgésicos em **paciente pequeno e médio queimado**, seguida da via intravenosa. Administrar analgésicos ao **paciente grande queimado** somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica;
- Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor;
- No paciente inconsciente verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconforto, antes da realização do curativo e manuseio do corpo.

Hidratação e Nutrição:

- Manter a alimentação por via oral no **paciente pequeno queimado** com consistência e volume adaptados à tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no **paciente médio e grande queimado**, a nutrição enteral deve ser com sonda em posicionamento gástrico, mediante a utilização de

Bomba de Infusão Contínua;

- Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por sonda gástrica para junto à equipe multiprofissional decidir o início da dieta parenteral.

Eliminações:

Gastrointestinal

- Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou vômito. Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal e avaliar a posição das sondas gástricas;

Urinária

- Registrar e comunicar o volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida;

Intestinal

- Comunicar e verificar a frequência e características das fezes.

Higiene Corporal:

- Romper as flictenas com gaze e/ou lâmina, promovendo o desbridamento com técnica asséptica;
- Auxiliar e/ou encaminhar o **paciente pequeno queimado** ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova, se necessário) da pele lesionada;
- Realizar o banho no leito ao **paciente médio e grande queimado** com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada.

Obs.: Não utilizar clorexidina em olhos e ouvidos (risco de toxicidade).

Higiene Oral:

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao **paciente pequeno queimado**;
- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao **paciente médio e grande queimado**, com intubação oro-traqueal ou traqueostomia.

Integridade Cutâneo-mucosa:

- Realizar a limpeza prévia das lesões antes do curativo sempre com água corrente clorada ou estéril (com temperatura suportável na pele do dorso da mão ou do antebraço do responsável) e solução de clorexidina a 4% (com escova) da pele lesionada;
- Remover as flictenas e realizar a escarificação da área queimada em queimaduras de 2º grau;
- Realizar o curativo após o desbridamento em lesões do corpo, utilizando cobertura a base de prata (hidrofibra ou espuma com prata), cobrindo com gaze/chumaço ou compressas estéreis, sendo o tempo para troca de cobertura conforme avaliação;
- Utilizar ácido graxo essencial em tecidos viáveis (troca de cobertura a cada 24 horas) e utilizar cobertura não aderente;
- Utilizar collagenase na face quando houver presença de tecido desvitalizado e AGE em tecidos viáveis;
- Umedecer o local da enxertia e da área doadora com ácido graxo essencial e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis.

Integridade Física:

- Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados;
- Auxiliar e estimular o **paciente pequeno e médio queimado** quanto à deambulação, sentar

- no leito e/ou na poltrona;
- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do **paciente grande queimado**;
 - Utilizar a Escala de Braden para avaliar a superfície corporal não queimada.

Mobilidade/Locomoção:

- Posicionar as áreas e segmentos corporais queimados e avaliar a integridade das estruturas articulares envolvidas no movimento;

Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico.

Sono e Repouso:

- Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno.

6.3 Fase Tardia - Ações realizadas após a enxertia, até a regeneração total da pele

Oxigenação:

- Verificar e controlar a saturação de oxigênio do **paciente pequeno e médio queimado** que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, por meio do oxímetro de pulso adaptado em áreas que não apresentam lesão, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro;
- Verificar e controlar a frequência respiratória do **paciente pequeno, médio e grande queimado** que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, com intervalos de horários conforme avaliação clínica do enfermeiro;
- Verificar e comunicar a ocorrência de dispneia, cianose de extremidades e tosse, do **paciente pequeno e médio queimado** que respira espontaneamente com ou sem oxigenioterapia, mantendo a cabeceira elevada (30 graus) e hiperextensão da região cervical;
- Verificar, avaliar a permeabilidade das vias aéreas superiores do **paciente grande queimado**, e no caso da traqueostomia, realizar aspiração oro-traqueal, sempre que necessário.

Percepção Dolorosa:

- Dar preferência pela via oral administrar analgésicos em **paciente pequeno e médio queimado**, seguida da intravenosa. Administrar analgésicos ao **paciente grande queimado** somente por via intravenosa, em razão da má perfusão periférica;
- Verificar e avaliar a dor e/ou desconforto em repouso e principalmente antes da realização do curativo e manuseio do paciente consciente, conforme a utilização de uma escala de dor. No paciente inconsciente verificar e avaliar fáceis de dor e/ou desconforto, antes da realização do curativo e manuseio do corpo.

Terapêutica:

- Dar preferência para o acesso venoso periférico em **paciente pequeno queimado**, sempre que possível. Providenciar um acesso venoso profundo para o **paciente médio e grande queimado**. Este acesso venoso profundo deverá ser feito com um cateter em uma veia

central (jugular ou subclávia), para: infusão de drogas vasoativas, medida de pressão venosa central e hidratação rápida com soluções isotônicas, hipertônicas e hemoderivados;

- Realizar a limpeza do curativo do acesso profundo com solução fisiológica 0,9%, solução de clorexidina alcoólica a 0,5% e cobrir com gaze estéril e/ou película;
- Realizar a troca de curativo quando a cobertura estiver úmida, suja ou solta. Realizar a troca de curativo a cada 24 horas quando a cobertura for gaze estéril. Realizar a troca de curativo a cada cinco a sete dias quando a cobertura for a película transparente.

Hidratação e Nutrição:

- Manter a alimentação por via oral no **paciente pequeno queimado** com consistência e volume adaptados de acordo com a tolerância de cada paciente. Esta conduta pode ser mantida em lesões de face, não sendo indicada a nutrição enteral. E, no **paciente médio e grande queimado**, a nutrição enteral deve ser com sonda em posicionamento gástrico, mediante a utilização de Bomba de Infusão Contínua;
- Avaliar a deglutição do paciente quanto à dieta por via oral e a aceitação por sonda gástrica para junto à equipe multiprofissional decidir o início da dieta parenteral.

Eliminações:

Gastrointestinal

- Verificar e comunicar a frequência e características de náusea e/ou vômito. Manter uma sonda gástrica para esvaziamento da cavidade abdominal e avaliar a posição das sondas gástricas.

Urinária

- Registrar e comunicar o volume, frequência e características da micção espontânea;
- Registrar e comunicar o volume e características da urina por sonda vesical de demora conforme a rotina estabelecida;

Intestinal

- Comunicar e verificar a frequência e características das fezes.

Higiene Corporal:

- Auxiliar e/ou encaminhar o **paciente pequeno queimado** ao banho de aspersão, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova, se necessário) da pele lesionada;
- Realizar o banho no leito ao **paciente médio e grande queimado** com água corrente clorada, utilizando solução de clorexidina a 4% para a limpeza e degermação (com escova) da pele lesionada.

Obs.: Não utilizar clorexidina em olhos e ouvidos (risco de toxicidade).

Higiene Oral:

- Oferecer, auxiliar e estimular o uso do material próprio (escova dental e/ou enxaguante bucal preferencialmente), após alimentação via oral e/ou via sonda gástrica (quatro vezes por dia) ao **paciente pequeno queimado**;
- Realizar a higiene oral quatro vezes por dia, com solução de clorexidina a 0,12% e água estéril, após alimentação via oral e/ou alimentação por via sonda ao **paciente médio e grande queimado**, com traqueostomia.

Integridade Cutâneo-mucosa:

- Utilizar ácido graxo essencial em tecidos viáveis (troca de cobertura a cada 24 horas) e utilizar cobertura não aderente;
- Utilizar colagenase na face quando houver presença de tecido desvitalizado e AGE em tecidos viáveis;
- Umedecer a área doadora utilizando como terapia tópica com ácido graxo essencial e/ou cobertura não aderente (membracel) e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis;
- Realizar o curativo após a enxertia em lesões de corpo, utilizando como terapia tópica o ácido graxo essencial (troca de cobertura a cada 24 horas) ou cobertura não aderente (membracel) e cobrir com gaze alva, chumaço ou compressas estéreis (a troca do tempo de cobertura depende exclusivamente da avaliação da cicatrização da ferida).

Integridade Física:

- Manter colchão piramidal para todos os pacientes queimados;
- Auxiliar e estimular o **paciente pequeno e médio queimado** quanto à deambulação, sentar no leito e/ou na poltrona;
- Realizar mudança de decúbito a cada duas horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico do **paciente grande queimado**;
- Utilizar a Escala de Braden para avaliação do risco de lesão por pressão da superfície corporal não queimada.

Mobilidade/Locomoção:

- Estimular, auxiliar e/ou realizar movimentação ativa e/ou passiva no leito a cada seis horas ou com intervalos de horários conforme o quadro clínico;
- Posicionar as áreas e segmentos corporais pós-enxertia, mantendo precauções quanto à confecção de órteses de posicionamento e malhas de compressão elástica, quando disponível.

Regulação:

Térmica

- Verificar e controlar a temperatura corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar antitérmico conforme prescrição médica;
- Evitar a exposição do corpo do paciente por tempo maior que o necessário.

Vascular

- Verificar e controlar a pressão arterial e a frequência cardíaca com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar anti-hipertensivo conforme prescrição médica.

Hormonal

- Verificar e controlar a glicemia capilar com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente. Administrar insulino terapia por via intravenosa e/ou via subcutânea, conforme prescrição médica.

Hidroeletrolítica

- Avaliar, registrar e comunicar a presença de edema. Verificar, avaliar, registrar e comunicar o balanço hídrico corporal com intervalos de horários conforme o quadro clínico do paciente.

Sono e Repouso:

- Propiciar ambiente calmo e organizado, reduzindo estímulos e manipulação excessiva com o paciente, principalmente no horário noturno.

7. REFERÊNCIAS

ATLS. **Advanced trauma life support for doctors: manuals for coordinators and faculty.** 8. ed. Chicago, IL: American College of Surgeons, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Infecções do trato respiratório:** orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Outubro de 2009 [acesso em 18 de fevereiro de 2016]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.273 de 21 de novembro de 2000.** Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 nov. 2000a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 08 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução N° 46/02.** Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/assunto+de+interesse/noticias/restricao+ao+alcool+liquido+de+maior+potencial+inflamavel+esta+em+vigor>>. Acesso em: 08 ago. 2013.

_____. _____. Sociedade Brasileira de Queimaduras. **Normatização de Atendimento ao Queimado.** São Paulo: [s.n.], 2003.

DASSIE, T. D.; ALVES, E. O. N. M. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 10, n.1, p.10-14, 2011.

FERNANDES JÚNIOR, C. J. et al. **O grande queimado.** In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave.** 3. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2006, v. 1, cap.109, p. 1403-1419.

GOMES DR, SERRA MC, GUIMARÃES JÚNIOR LM. **Condutas atuais em queimaduras.** Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2011.

GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras:** tratamento clínico e cirúrgico. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário. Disponível

em: <<http://www.hu.ufsc.br/Enfermagem/historico.php>>. Acesso em: jul. 2012.

_____. **Recomendação cateter vascular**. Florianópolis, 2013. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/CCIH/RECOMENDACAO_CATETER_VASCULAR.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014.

LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008.

LOPES JÚNIOR, S. L. C.; PRESTES, M. A. Gravidade da lesão e indicadores para internação hospitalar. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap. 4, p.49-52.

NAZÁRIO, N. O.; LEONARDI, D. F. **Queimaduras: atendimento pré-hospitalar**. Palhoça: Ed. Unisul, 2012. 208p.

PINHO, F. M. **Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva**. 2014. 220 p. Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br/teses/PGCF0030-D.pdf>>

PHTLS. *PRE-HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT*. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

RAYMUNDO, N. T. Terapia ocupacional. In: GUIMARÃES JÚNIOR, L. M. **Queimaduras: tratamento clínico e cirúrgico**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006. Cap.35. p. 225-234.

ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. The incidence of pressure ulcers after the implementation of a prevention protocol. **Revista Latino Americana de Enfermagem [online]**. 2012, v. 20, n. 2, p. 333-339. ISSN 0104-1169. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200016>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

ROSSI, L. A. et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente estressante para quem cuida. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, jul. 2000.

_____; DALRI, M. C. B. Atendimento de enfermagem. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap.23. p. 201-221.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2.

ZAROS, A. R. Terapia nutricional no grande queimado. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. Editora Atheneu. São Paulo, 2008. Cap.35. p. 319-332.

8. ANEXOS

- Figura da Regra dos Nove de Wallace e dos Onze para Crianças – Anexo 1 e 2

QUEIMADURAS

Tabela 1 - Regra dos Nove de Wallace

Cabeça e pescoço	9%
Extremidades Superiores	9%
Região anterior do tronco	18%
Região posterior do tronco	18%
Extremidades inferiores	18%
Perineo	1%

Tabela 2 - Regra dos onze, para criança

Cabeça e face	11%
Membros Superiores	11%
Membros inferiores	11%
Tronco em cada lado	11%

Figura 1: Esquema da regra dos nove de Wallace e adaptação da regra dos onze para criança

OBS: Atenção especial deve ser dada às mulheres e obesas quanto ao cálculo da área total queimada que pode induzir a erros flagrantemente para a reposição, com estimativas bem menores que o necessário.

- Tabela do Método de *Lund-Browder* – Anexo 3

QUEIMADURAS

Tabela 1 - Tabela de Lund-Browder modificada.

Área	Porcentagem de superfície corpórea
Torax Anterior	4,5
Mama - (¼ Torax)	1,125
Abdome	8,5
Metade superior do abdome	4,25
Metade inferior sem os flancos	2,125
Flancos	1,4
Braço Anterior	1
Braço Posterior	1
Coxa Anterior	4,5
Metade da Coxa Anterior	2,25
¼ da Coxa Anterior	1,1875
Metade do ¼ da Coxa Anterior (Face Interna Anterior da Coxa)	0,59375
Coxa Posterior	4,5
¼ da Coxa Posterior	1,125
Metade da Coxa Posterior	2,25
Metade do ¼ da Coxa Posterior (Face Interna Posterior da Coxa)	0,5625
Face Interna da Coxa Total	1,125
Culotes	1,125
Glúteos	5

- Figura do Método da Palma – Anexo 4

