

110. ATENDIMENTO AO GRANDE QUEIMADO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

As queimaduras podem ser classificadas quanto a etiologia em: térmicas, elétricas, químicas e por radiação.

A classificação da gravidade da queimadura é essencial para determinar a indicação de admissão em centro de queimados, guiar a ressuscitação inicial e estabelecer o prognóstico.

A gravidade da queimadura depende de uma série de fatores: etiologia, profundidade, extensão, localização, idade da vítima e comorbidades.

É importante que o socorrista saiba que a queimadura não é uniforme e que existem vários graus de profundidade em um mesma lesão.

Classificação das queimaduras térmicas de acordo com a profundidade

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS TÉRMICAS PELA PROFUNDIDADE				
GRAUS	PROFUNDIDADE	COR	ENCHIMENTO CAPILAR	DOR
1º Grau	Epiderme Superficial	Eritema	Presente	Presente
2º Grau Superficial	Epiderme e Derme Superficial	Eritema Bolhas	Presente	Presente
2º Grau Profunda	Epiderme e Derme Profunda	Rósea ou Esbranquiçada	Variável	Variável
3º Grau	Epiderme e Derme Totais	Branca, Preta ou Marrom	Ausente	Ausente

Estimativa da Superfície Corporal Queimada: pela regra dos nove, com esta técnica estima-se que a cabeça e cada membro superior representam 9% da superfície corporal (SC) cada membro inferior representa 18% da SC e o tronco 36% da SC.

As queimaduras nas seguintes áreas são consideradas graves: mãos, pés, face, períneo e circunferenciais.

A inalação de fumaça ou gases é a principal causa de mortalidade precoce em vítimas de incêndio devido a intoxicação por monóxido de carbono que é a complicação mais comum. Podem ocorrer a lesão da via aérea pelo calor (térmica) com edema e obstrução alta e a lesão química acompanhada as vezes pela intoxicação sistêmica: a combustão de determinados materiais produz substâncias químicas tóxicas, que atuam nas vias aéreas e/ou de modo sistêmico após serem absorvidas.

A lesão elétrica: pode produzir danos extensos apesar de apresentar poucas evidências visíveis de lesão. Pode causar arritmias cardíacas e apnéia. Os pacientes devem ser monitorizados no APH pois a principal causa de óbito precoce são arritmias cardíacas.

A mortalidade aumenta abaixo dos cinco anos de idade e acima dos 55 anos.

Suspeitar quando a vítima for resgatada de incêndios em locais fechados, apresentar pêlos nasais queimados, escarro enegrecido (carbonáceo), rouquidão e estridor.

b. CONDUTA

Descontaminar com água corrente as lesões causadas por produtos químicos líquidos, observando sempre os cuidados com sua auto-proteção.

Escovar a pele de pacientes vítimas de exposição a substâncias químicas sólidas em pó antes de descontaminá-las com água corrente.

Procurar por sinais de lesão por inalação de fumaça.

Estabilizar a coluna de pacientes inconscientes ou com mecanismo de trauma sugestivo.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15l/min.

Considerar a intubação orotraqueal em caso de depressão do nível de consciência, sofrimento respiratório, evidências de obstrução de vias aéreas (estridor, rouquidão).

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Lembrar que a oximetria de pulso e a gasometria arterial podem ser falseadas pela intoxicação com monóxido de carbono.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Evitar a punção venosa em áreas queimadas, mas se não houver outra opção ela pode ser utilizada.

Iniciar a reposição volêmica baseada na fórmula de Parkland (4 ml/kg de salina para cada 1% de superfície corporal queimada), infundindo 50% deste volume nas primeiras 8 horas.

Administrar solução salina IV em pacientes com lesões elétricas devido a possibilidade de rbdomiólise com hemoglobinúria.

Efetuar o cateterismo vesical de grandes queimados ou pacientes com lesões por eletricidade.

Monitorizar o débito urinário mantendo-o superior a 100 ml/h em caso de queimaduras elétricas.

Seguir o protocolo de arritmias cardíacas em pacientes com lesões por eletricidade.

Efetuar a analgesia em pacientes com dor intensa, com sulfato de morfina 2 a 10 mg IV.

Expor a área queimada.

Evitar romper bolhas e desbridar lesões e aplicar creme de sulfadiazina prata pomada ou medicamento sobre a lesão.

Envolver a vítima com lençóis secos para reduzir a perda de calor e a contaminação bacteriana.

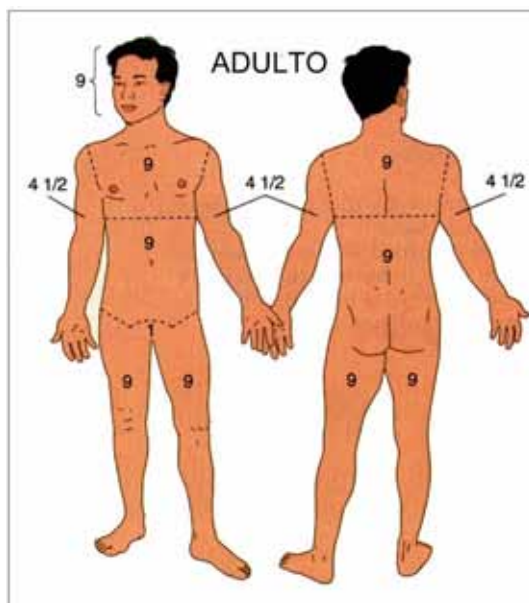
Secar os pacientes pois os mecanismos de regulação da temperatura corporal estão prejudicados no grande queimado e o desenvolvimento de hipotermia é comum.

Remover anéis, braceletes e outras jóias devido ao risco de interrupção da circulação pelo edema.

Tratar traumatismos associados.

Avaliar o paciente decidindo se o mesmo se trata ou não de um grande queimado.

Remover para centro especializado caso indicado.

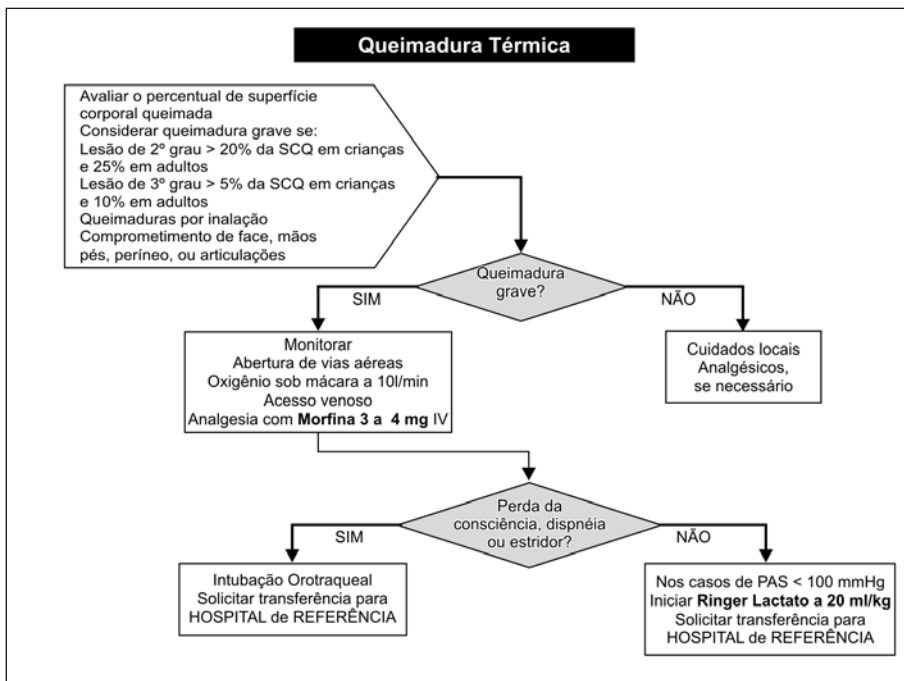


Percentual de superfície corporal queimada de acordo com a fórmula de Parkland.

Gravidade das queimaduras térmicas

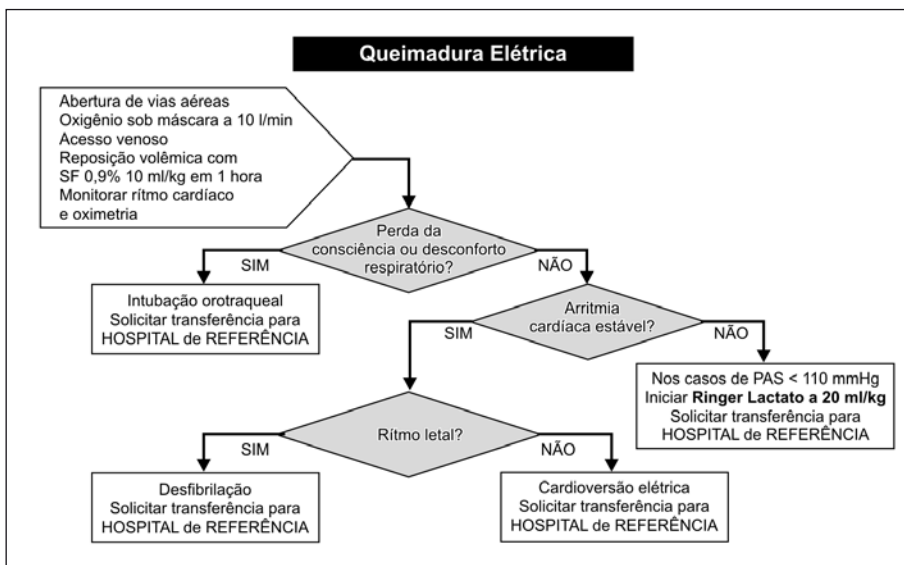
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 25% DA SC EM ADULTOS
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 20% DA SC EM CRIANÇAS
QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU > 10% DA SC
TRAUMATISMOS ASSOCIADOS GRAVES
MUITOS PACIENTES COM: QUEIMADURAS ELÉTRICAS, LESÃO POR INALAÇÃO. LESÕES EM MÃOS, PÉS, FACE, OLHO E PERÍNEO.
QUEIMADOS COM LESÕES MODERADAS MAS DE ALTO RISCO CLÍNICO.

c. ALGORITMO – QUEIMADURA TÉRMICA



Algoritmo de atendimento ao paciente com queimadura térmica.

d. ALGORITMO – QUEIMADURA ELÉTRICA



Algoritmo de atendimento ao paciente com queimadura elétrica.