

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO GRANDE QUEIMADO

\* Arlete Oguisso da Cruz  
 \*\* Rachel Cieto  
 \*\*\* Maria Isolda R. Gomes

RBEEn/05

CRUZ, A.O., CIETO, R. e GOMES, M.I.R. — Assistência de enfermagem ao grande queimado. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 30 : 108-114, 1977.

### INTRODUÇÃO:

O queimado necessita boa assistência de enfermagem para que tenha uma recuperação física, funcional e psicossocial, precoce.

A equipe de enfermagem trabalhando paralelamente à equipe médica, deve ter conhecimentos especializados sobre cuidados a serem prestados aos queimados.

Esses cuidados iniciam-se com atitude correta ao receber os pacientes que chegam agitados devido à dor ou ao trauma psíquico, devendo continuar no decorrer de todo o tratamento até a ocasião da alta, quando os doentes e familiares são orientados quanto aos cuidados a serem seguidos.

#### Assistência Imediata

A assistência inicial deve ser prestada em ambiente que proporcione condições perfeitas de assepsia, tal como uma sala

cirúrgica, tendo sempre presente a importância do problema do controle da infecção, desde o início e no decorrer do tratamento. Para o primeiro atendimento, um mínimo de material e equipamento se fazem necessários na sala:

#### A — EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE:

- 1 — Torpedo de oxigênio, se não contar com o sistema canalizado.
- 2 — Aspirador de secreção.
- 3 — Mesa estofada ou com coxim para receber o paciente.
- 4 — Mesa auxiliar para colocar material de curativo (tipo Mayo).
- 5 — Suporte de sôro.
- 6 — Caixa com material de pequena cirurgia.
- 7 — Caixa com material de traqueostomia.

\* Enfermeira-chefe do Serviço de Queimados do HC da Faculdade de Medicina da USP.

\*\* Enfermeira-encarregada do Serviço de Queimados do HC da Faculdade de Medicina da USP.

\*\*\* Supervisora do Departamento Cirúrgico do HC da Faculdade de Medicina da USP.

- 8 — Caixa com material de dissecação de veia. diminuir a dor, de preferência por via intra-venosa.
- 9 — Material para intubação endotraqueal. Ao aplicar o medicamento por esta via, deve-se aproveitar para colher amostra de sangue para tipagem, assim como procurar manter a veia com perfusão de soro fisiológico para posterior transfusão de sangue ou outros líquidos.
- 10 — Aparelho ressuscitador "Air-viva". Retirar a roupa do paciente e colocá-lo na mesa sobre campos esterilizados e cobrir as lesões também com campos esterilizados.
- 11 — Pacotes de curativo (com tesoura, pinça anatômica, pinça dente de rato e pinça de Kocher).

## B — MATERIAL DE CONSUMO

- 1 — Compressa de gaze de 7,5 cm x 7,5 cm. Preparar material para dissecação de veia ou cateterismo transcutâneo "intra-cat", e auxiliar o médico nestas operações.
- 2 — Atadura de gaze de 90 x 120 cm com 8 dobras longitudinais. Auxiliar ou executar com supervisão médica, tratamento local de remoção de tecidos desvitalizados, limpeza sumária das áreas queimadas, oclusão das lesões, ou ainda, preparo das mesmas para mantê-las expostas (método de exposição).
- 3 — Ataduras de rayon e morim.
- 4 — Atadura de gaze de malha fina impregnada em vaselina.
- 5 — Algodão hidrófilo.
- 6 — Ataduras de crepe.
- 7 — Luvas.
- 8 — Pacotes de campos cirúrgicos e aventais.
- 9 — Fita adesiva e esparadrapo.
- 10 — Máscara e gorro.
- 11 — Medicamentos de emergência.
- 12 — Antissépticos.
- 13 — Seringas de vários tamanhos.
- 14 — Agulhas e catéteres de vários calibres.
- 15 — Tubos para tipagem de sangue e outras análises laboratoriais.
- 16 — Frascos de soro fisiológico.

## C — PROCEDIMENTO DA ENFERMAGEM

### 1 — Na Sala de Cirurgia:

Aplicar imediatamente sedativo sob prescrição médica, com a finalidade de

### 2 — Unidade de Internação:

2.1 — Colocar o paciente no leito preparado com campos e arcos de proteção esterilizados, e também sobre coxim preparado com várias camadas de ataduras de gaze e revestido com rayon, conforme a localização das queimaduras. Isto quando o método de tratamento é o de exposição.

2.2 — Controle de diurese e outras perdas de líquidos: executar cateterismo vesical com sonda de demora (sonda de Foley), anotando o volume urinário. Esta sonda é mantida ocluída, sendo aberta a cada hora para verificar o aspecto, volume e densidade de urina. Além da diurese, controlar as demais perdas líquidas, tais como: vômito, sudorese, exsudatos e evacuações, observando em cada caso o aspecto, a frequência e o volume.

Esses dados devem ser anotados em folha especial do prontuário do paciente (Anexo I).

2.3 — Controle de Sinais Vitais: a temperatura, o pulso, a respiração, devem ser controlados e anotados cada 4 horas ou mais freqüentemente se o caso exigir.

Num grande queimado, dificilmente conseguimos adaptar o manguito do aparelho de pressão, mas esta, deve ser determinada, sempre que possível.

Além desses sinais vitais, a pressão venosa central, deve ser controlada através do cateter venoso.

2.4 — Controle de Administração Parenteral de Líquidos: deve ser exercida vigilância constante da permeabilidade da veia, do gotejamento e da quantidade dos líquidos em perfusão.

O paciente deve receber exatamente as soluções prescritas dentro dos horários estabelecidos. Este controle, é facilitado pelo uso do esquema adotado pelo Serviço de Queimados do H. C. da F.M.U.S.P. (Anexo II).

2.5 — Alimentação: não havendo contra-indicação, oferecer ao paciente uma dieta fracionada, iniciando com líquido em pequena quantidade. Se o paciente não apresentar vômitos, aumentar gradativamente a quantidade. Os líquidos podem ser oferecidos em forma de suco, caldo de carne e dieta especial de soja (leite, ovos, caseinato de cálcio e farinha de soja). Desde que haja tolerância por parte do paciente, passar a oferecer progressivamente dietas mais consistentes até chegar à dieta geral.

2.6 — Higiene: proceder a limpeza diária das áreas não lesadas, com água e sabão neutro. Manter o couro cabeludo limpo e cortar os cabelos, principalmente em caso de queimadura na cabeça.

Aparar as unhas e mantê-las limpas.

A tricotomia pubiana e axilar deve ser feita semanalmente, como medida de higiene.

### 3 — Cuidados Especiais Dependentes da Localização da Queimadura:

#### 3.1 — CABEÇA:

3.1.1 — Crânio: proceder a tricotomia total do couro cabeludo.

3.1.2 — Face: proceder a tricotomia do couro cabeludo, nas áreas próximas às lesões. Manter decúbito elevado, para auxiliar a regressão do edema.

3.1.3 — Olhos: limpar com “cotonetes” umedecidos em água boricada a 3% e após proceder a instilação de colírio antibiótico.

3.1.4 — Ouvidos: limpar conduto auditivo externo com “cotonetes” e soro fisiológico.

3.1.5 — Orelhas: utilizar travesseiro baixo e não muito macio para não comprimir as cartilagens a fim de prevenir deformidades.

3.1.6 — Narinas: limpar com “cotonetes” e soro fisiológico.

3.1.7 — Boca: limpar com espátula montada com algodão ou gaze embebida em água bicarbonatada a 2%.

3.1.8 — Lábios: passar vaselina para remoção de crostas.

#### 3.2 — PESCOÇO:

Manter em extensão, com auxílio de coxim no dorso. A presença de necrose seca ou lesões profundas, poderá provocar compressão e garroteamento, com perturbações respiratórias. Nestes casos o médico executará a escarotomia.

#### 3.3 — MEMBROS SUPERIORES:

Os curativos oclusivos dos membros superiores, têm a finalidade de proporcionar conforto ao paciente e facilitar atuação de enfermagem. Os membros

devem ser mantidos em abdução parcial e em ligeira elevação.

### 3.4 — TRONCO:

Visando evitar os fatores mecânicos, que possam reduzir a expansibilidade do tórax, o método mais indicado é a posição de Fowler e semi-Fowler. Entretanto a escolha de decúbito será feita também de acordo com a área menos atingida. Se a lesão for principalmente face posterior, o decúbito será ventral, sobre um coxim, que será trocado todas as vezes que se fizer necessário.

### 3.5 — PERÍNEO:

Para as lesões desta região, o tratamento por exposição é utilizado sistematicamente, devendo as coxas serem mantidas em abdução parcial. A higiene íntima deve ser feita com água morna e sabão neutro, ou com solução oleosa. Em nosso serviço utilizamos a seguinte fórmula de solução oleosa:

Cloroxilenol 0.1%.  
Essência de alfazema 1%.  
Óleo de amendoim q.s.p. 100 ml.

### 3.6 — MEMBROS INFERIORES:

Manter os membros em posição anatômica, evitar a rotação das pernas, e prevenir o pé equino.

Também nos membros inferiores o curativo oclusivo é freqüentemente utilizado, visando facilitar a movimentação do paciente e atuação da enfermagem.

**UM DOS CUIDADOS FUNDAMENTAIS DE ENFERMAGEM É A MOBILIZAÇÃO DO DOENTE NO LEITO, MUDANÇA REPETIDA DE DECÚBITO, QUALQUER QUE SEJA A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES.**

## 4 — Cuidado Relacionado ao Ambiente:

### 4.1 — UNIDADE DO PACIENTE E MATERIAIS DE USO PRIVATIVO:

Limpar diariamente a unidade do paciente (cama, colchão, criado mudo e cadeira) com água, sabão, solução desinfetante (hipoclorito de sódio a 3%) e solução aromatizante (álcool, essência de pinho 1%, essência de alfazema a 1% e essência de lavanda 1%). Esterilizar semanalmente todos os materiais de uso pessoal do paciente, tais como: comadre, bacia, cuba rim, copos, garrafas, e outros.

### 4.2 — PISO:

O único tipo de limpeza permitido é a limpeza úmida. Esta é facilitada quando o piso é de material lavável. Se o piso for de madeira, deve ser feita a lavagem semanal, após a qual deve-se proceder a aplicação de vaselina, para a fixação das partículas de poeira no chão.

### 4.3 — JANELAS:

As janelas devem ser amplas para possibilitar iluminação e aeração natural, protegidas com telas para prevenir penetração de insetos. Devem ser lavadas semanalmente com água, sabão e solução desinfetante.

### 4.4 — RESÍDUOS E ROUPAS SUJAS:

Devem ser embalados em sacos e transportados em carros fechados.

## 5 — Medidas Gerais para o Controle de Infecção:

5.1 — Pesquisa de germens do ambiente, e uso de desinfetantes específicos.

5.2 — Controle de focos de infecção do pessoal da unidade (médicos, enfermeiros e outros).

5.3 — Rigoroso controle de circulação do pessoal (parentes e visitantes).

5.4 — Utilização de aventais como meio de proteção ao paciente e visitantes.

5.5 — Supervisão e controle do uso da técnica asséptica.

#### CONCLUSÃO:

O atendimento imediato do paciente queimado, visa primeiramente, salvar a

sua vida, e concomitantemente, deve-se trabalhar com o objetivo de evitar infecções, deformidades e minorar os traumas psíquicos. Estes objetivos devem estar sempre presentes em todos os momentos. O primeiro consegue-se com a presença de espírito, presteza, controle e eficiência. O segundo, trabalhando sempre com técnica asséptica. O terceiro, pensando na recuperação dos movimentos normais do paciente, os quais ele necessitará para a sua futura reintegração à sociedade. E o último, dando-lhe ânimo, carinho e apoio.

#### BIBLIOGRAFIA

RUSSO, A. C. — Tratamento das queimaduras, 4ª Edição — São Paulo. Editora USP 1967. Apostila do I Curso de Atualização de Conceitos quanto às queimaduras — Junho 1975 — São Paulo.

KIRSCHBAUM, S. M. — Tratamento integral de las queimaduras — Barcelona, Salvat, 1968.

STAPE, D. P. B. e MULLER, M. L. G. — Queimados contribuição da enferma-

gem na recuperação do paciente, *ABEN*, 20 (4) = 264 — 278, ago. 1967.

SAMES, R. — Cuidados típicos nos grandes queimados, *J. B. M.*, 20 (4) = 55 — 78, 1971.

TIBIRIÇA, C. C. — Aspectos gerais do tratamento na unidade de queimados, *R.P.M.*, 20 (7) = 14 — 21, 1972.

MATHA, A. B. — Serviço de Queimados do Hospital de Pronto Socorro do Recife, *R.P.H.*, 20 (9) = 34 — 38, 1970.

SERVIÇO DE QUEIMADOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA U.S.P.  
 CONTROLE DE TRATAMENTO

ANEXO-I

Nome: \_\_\_\_\_  
 Queimadura dia / /19 \_\_\_\_\_  
 Extensão da Queimadura \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_  
 Início do Tratamento dia / /19 \_\_\_\_\_  
 Cuidados especiais com \_\_\_\_\_

hs. \_\_\_\_\_  
 % de \_\_\_\_\_  
 L. \_\_\_\_\_  
 Data: / / \_\_\_\_\_  
 às \_\_\_\_\_ hs. \_\_\_\_\_

Dias pós queimaduras: \_\_\_\_\_  
 : dia \_\_\_\_\_

T	SINAIS VITAIS			VOLUME DA INGESTÃO			VOLUME DA INJEÇÃO VEMOSA			CONTROLE DA PERDA			Rubrica
	P	R	PVC	H <sub>2</sub> O	LEI-	SÓLI-	PLAS-	SUBS-	DIU-	VOMI-EVA-	CUA-	OUTROS	
			SUCO	TE	DOS	S.F.	Sg	MA	RESE	TO	TO	TO	Higiene, face, orelhas, sondas, traqueotomia Observações.
7													
8													
9													
11													
14													
15													
16													
17													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
1													
2													
3													
4													
5													
6													
TOTAL													

BALANÇO: ( Ingestão + Injeção = \_\_\_\_\_ ml) - (Perdas \_\_\_\_\_ ml) = \_\_\_\_\_ ml

Oferta ICN USAFARMA (VIRAMID)

ESQUEMA DA RELAÇÃO DO VOLUME, GOTEJAMENTO POR MINUTO

E TEMPO DE VENOCLISE

(Anexo II)

Volume em ml.	Gotas por minuto	Tempo de Venoclise
500	7	24 h.
500	9	18 h.
500	14	12 h.
500	17	10 h.
500	20	8 h.
500	26	6 h.
500	33	5 h.
500	41	4 h.
500	55	3 h.
500	83	2 h.
500	166	1 h.

Volume em ml.	Gotas por minuto	Tempo de Venoclise
1.000	14	24 h.
1.000	18	18 h.
1.000	28	12 h.
1.000	34	10 h.
1.000	40	8 h.
1.000	52	6 h.
1.000	66	5 h.
1.000	82	4 h.
1.000	110	3 h.
1.000	166	2 h.
1.000	332	1 h.

Observação:

1 ml = 20 gotas

500 ml = 10.000 gotas