



DOI: 10.14295/idonline.v17i66.3781

Artigo de Revisão

Avaliação e Abordagem Inicial ao Paciente Grande Queimado no Departamento de Emergência: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Pedro Henrique Cardoso Callou¹; Raizza Caroline de Andrade Viana²; Kaike Santos de Oliveira³; Maria Clara de Andrade Viana⁴; Cicero Lucas Gomes Ramalho⁵; Daisy Teixeira de Menezes⁶

Resumo: O Brasil apresenta em seu território a estimativa de 1.000.000 de ocorrências de acidentes por queimaduras por ano, sendo que, desses casos, apenas 100 mil se encaminham para ajuda hospitalar e, aproximadamente, 2.500 morrem devido a complicações diretas ou indiretas das queimaduras. A mortalidade das queimaduras se eleva quando se observa o comprometimento de outras estruturas orgânicas. Este trabalho tem por objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura quanto à abordagem e avaliação inicial do paciente grande queimado no departamento de emergência hospitalar. Foi realizada uma busca eletrônica por artigos publicados em periódicos indexados através da base de dados PubMed, ScienceDirect e BVS Saúde, usando a seguinte combinação de descritores verificados na base DeCS/MeSH: 'emergency medical services' AND 'burn injury' AND 'evaluation'. Foram admitidos estudos publicados entre janeiro de 2017 e outubro de 2022. A observação do estado hemodinâmico, a rápida avaliação assertiva do grau de comprometimento e o manejo da equipe multiprofissional em saúde são aspectos fundamentais para a melhora no quadro do paciente.

Palavras-chave: Emergência. Queimaduras. Avaliação inicial do paciente.

¹ Graduação em Medicina pela Faculdade Santa Maria de Cajazeiras, Brasil. Médico Clínico Plantonista do Hospital Santo Antonio Residente de Cirurgia Geral pela Escola de Saúde pública do Ceará, Brasil. pedro_callou@hotmail.com;

² Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – Estácio- FMJ. raizzacaviana@outlook.com;

³ Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Cariri (UFCA). Residente de Cirurgia Geral pela Escola de Saúde pública do Ceará. Médico da Prefeitura Municipal de Brejo Santo - CE.

⁴ Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte – Estácio- FMJ. clara.maria13@hotmail.com;

⁵ Faculdade do Centro Oeste Paulista. São Paulo, Brasil. Especialista em Endodontia pela Faculdade do Centro Oeste Paulista. São Paulo, Brasil. i_es_us@hotmail.com;

⁶ Especialização - Residência médica pela Universidade Federal de Alagoas, Brasil. Médica Cirurgiã Geral do Hospital Regional do Cariri, Brasil. daisytmenezes@hotmail.com.

Assessment and Initial Approach to the Severely Burned Patient in the Emergency Department: An Integrative Literature Review

Abstract: Brazil presents in its territory an estimated 1,000,000 occurrences of accidents due to burns per year, and of these cases, only 100,000 are referred to hospital help and approximately 2,500 die due to direct or indirect complications of burns. Mortality from burns increases when other organic structures are compromised. This work aims to carry out a narrative review of the literature regarding the approach and initial assessment of severely burned patients in the hospital emergency department. An electronic search was performed for articles published in journals indexed through the PubMed, ScienceDirect and BVS Saúde databases, using the following combination of descriptors verified in the DeCS/MeSH database: 'emergency medical services' AND 'burn injury' AND 'evaluation'. Studies published between January 2017 and October 2022 were admitted. The observation of the hemodynamic state, the rapid assertive assessment of the degree of impairment and the management of the multidisciplinary health team are fundamental aspects for the improvement of the patient's condition.

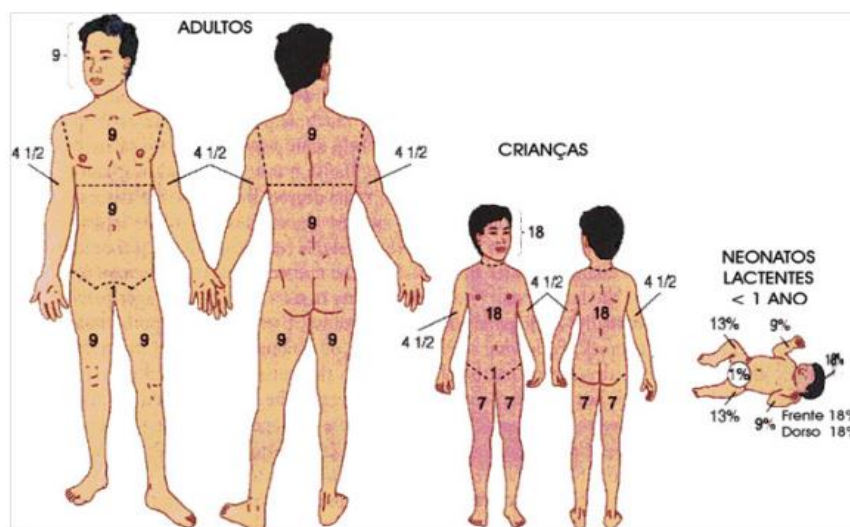
Keywords: Emergency. Burns. Initial assessment of the patient.

Introdução

Queimaduras são lesões teciduais com comprometimento de estruturas que revestem o corpo decorrentes de traumas térmicos, químicos, elétricos e radioativos. Dessa maneira, o manejo do quadro deve sempre levar em consideração a conduta para situações traumáticas, sendo frequente o uso do ABCDE do trauma, com grande atenção para a instabilidade hemodinâmica que o paciente pode vir a ter, haja vista que o comprometimento da pressão hidrostática vascular e aumento da permeabilidade capilar podem gerar um quadro de perda de fluídos. Logo, é preciso avaliar o nível de comprometimento da lesão para que a conduta seja direcionada da melhor maneira possível (FRANCK, 2020).

Assim, a classificação do paciente queimado leva em consideração a profundidade da lesão, variando até 4 graus a depender das estruturas acometidas, e o comprometimento da superfície corporal através da regra dos nove: cada região corpórea agrega 9% na avaliação das superfícies acometidas (Figura 1). Para definir o paciente grande queimado, enfim, considera-se mais que 15% da superfície corporal queimada em crianças e 20% em adultos quando se trata de queimaduras de segundo grau e mais que 5% em crianças e 10% em adultos para queimaduras de terceiro grau. Porém, ressalta-se que para queimaduras de 2º e 3º que atingem períneo, face, pescoço e axila, além de qualquer comprometimento de vias aéreas, queimaduras elétricas e politrauma, há de se classificar também em grave queimado (SBCP, 2008).

Figura 1 – Regra dos Nove para avaliação da extensão das queimaduras



Fonte: NITSCHKE, 2008.

Segundo a OMS, o perfil de distribuição de casos varia de acordo com o perfil socioeconômico, grupo etário e gênero, sendo que há maior frequência em homens e maior risco de mortalidade para as mulheres. Diante disso, o Brasil apresenta em seu território a estimativa de 1.000.000 de ocorrências por ano, sendo que desses casos, apenas 100 mil se encaminham para ajuda hospitalar e, aproximadamente, 2.500 morrem devido à complicações diretas ou indiretas das queimaduras. A maior causa de queimaduras no sexo masculino ocorre com o álcool sendo a principal, exceto em crianças de 0 a 4 anos que têm como fonte a escaldadura. Em relação às mulheres, observa-se que há maior uso do álcool para provocar autoextermínio por queimaduras. A média etária em adultos concentra-se em 25 a 26 anos, tendo o álcool como principal agente etiológico e a superfície corporal mais afetada são os membros superiores (BATISTA, 2012).

A mortalidade das queimaduras se eleva quando se observa o comprometimento de outras estruturas orgânicas. Disfunções cardiovasculares, respiratórias, como o edema de glote, e renais podem piorar o prognóstico do paciente, além de predispor ao risco de inflamações crônicas, choque e alterações imunológicas que aumentam o risco de sepse (FRANCK, 2020). Diante disso, é fundamental analisar a abordagem do grande queimado no contexto hospitalar, sendo o objetivo deste trabalho realizar uma revisão narrativa da literatura quanto à abordagem e avaliação inicial do paciente grande queimado no departamento de emergência hospitalar.

Metodologia

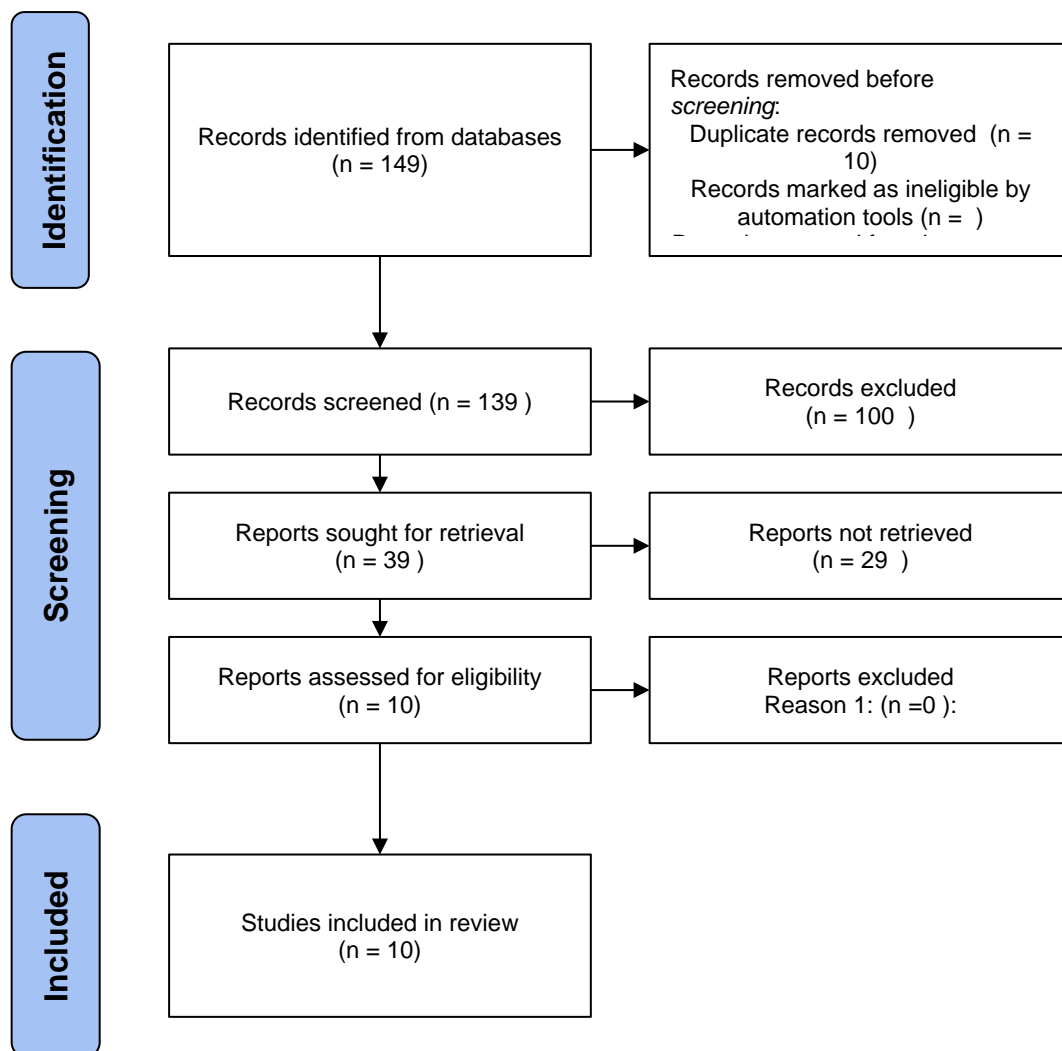
Foi realizada uma busca eletrônica por artigos publicados em periódicos indexados através da base de dados PubMed, ScienceDirect e BVS Saúde, usando a seguinte combinação de descritores verificados na base DeCS/MeSH: ‘emergency medical services’ AND ‘burn injury’ AND ‘evaluation’. Foram admitidos estudos publicados entre janeiro de 2017 e outubro de 2022. Além disso, foi utilizada a ferramenta PICO para delineamento da pergunta da revisão: Como avaliar e abordar casos de grandes queimados no departamento de emergência?

Foram utilizados como critérios de inclusão: (1) estudos originais sobre a temática; 2) não houve restrições quanto ao idioma; 3) Estudos entre 2017 e outubro de 2022; 4) Estudos completos disponíveis na íntegra. Os artigos restantes foram pesquisados em texto completo para determinar se eles atendiam aos critérios de inclusão ou não.

Resultados

Foram encontrados 149 artigos na busca inicial, sendo excluídos 139 trabalhos por se tratar de revisões ou não se adequarem ao tema específico deste estudo, culminando em uma revisão de 10 artigos selecionados (Figura 2). A seguir, com base nas informações evidenciadas, foram selecionados os tópicos norteadores de revisão, apresentados em resultados e discussão (Quadro 1).

Figure 2- PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers Only.



Fonte: AUTORES, 2022.

Quadro 1- Resumo com os artigos selecionados para a revisão

AUTOR E ANO	TÍTULO	REVISTA	PAÍS	OBJETIVO
PAN, Raquel (2018).	Conhecimento de profissionais de saúde acerca do atendimento inicial intra-hospitalar ao paciente vítima de queimaduras	Revista Gaúcha de Enfermagem	Brasil	Estudo descritivo em que visa a estabelecer os conhecimentos de profissionais de saúde em face do atendimento a queimados

GARCIA, Aline (2021).	Barriers and facilitators in the management of preoperative thirst of the burned patient in the light of Knowledge Translation	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Evidenciar as potencialidades e desafios encaradas pelos profissionais de saúde no que se refere ao manejo pré-operatório do paciente queimado
MESCHIAL, William Campo (2020).	Educational intervention on acute management of burns based on innovative pedagogical methods: nurses' perceptions	Texto & Contexto: Enfermagem	Brasil	Estudo acerca da atuação de enfermeiros a partir de metodologias interventivas frente ao tratamento de queimaduras
BOTELHO, Fábio Mendes (2019).	Análise da eficiência de uma rede de urgência para tratamento de múltiplos queimados	Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões	Brasil	Comparação das mortalidade infantil de grandes queimados com um caso local a fim de se identificarem fatores que modulam tal desfecho no âmbito de uma rede de emergência
AMBROSON I, María (2018)	Propuesta de tratamiento del gran quemado en la unidad de cuidados intensivos del CHPR / Severely burned patients: a treatment proposal for the Intensive Care Unit of Pereira Rossell Hospital Center	Archivos de Pediatría del Uruguay	Uruguai	Orientar os passos a seguir no manejo da criança GQ que ingressa na unidade de terapia intensiva. Os passos e sugestões apresentados não terão o valor de um guia de prática clínica, mas podem servir de orientação para o manejo adequado do QG.
SILVA (2021)	Atuação da equipe multiprofissional no atendimento de um grande queimado: Um relato de caso	Revista Brasileira de Queimaduras	Brasil	Descrição dos desafios da equipe em face de um paciente grande queimado e da importância das condutas adotadas
FARONI, Natália (2018)	Manejo interdisciplinario de pacientes quemados. pilar fundamental para la reducción de secuelas funcionales	Revista Médica de Rosario	Argentina	Deflagrar as potencialidades de condutas multidisciplinares na redução de sequelas em pacientes com queimaduras graves.
MOULIN, Larissa Lima (2018).	Perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de referência.	Revista Nursing	Brasil	Caracterizar os aspectos sociodemográficos, clínicos e avaliar a dor das vítimas de queimaduras atendidas em um Hospital de referência.
KAO, Yuan (2017)	Fluid Resuscitation in Patients With Severe Burns: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials	Academic Emergency Medicine	Taiwan	Comparar a eficácia de soluções hiperosmóticas e isosmóticas na restauração da estabilidade hemodinâmica após queimaduras.
HEYLAND, Daren (2022)	Um Ensaio Randomizado de Glutamina Enteral para Tratamento de Lesões por Queimaduras	New England Journal of Medicine	Canadá	Avaliar se a utilização de glutamina (0,5 g/kg/dia divididos em 6 x/dia para pacientes com sonda enteral e de 3 a 4 x/dia para aqueles por via oral) reduz mortalidade e tempo de internação hospitalar em pacientes com queimaduras de segundo ou terceiro grau e que precisassem de enxerto.

FONTE: AUTORES, 2022

Discussão

Estabilização e avaliação inicial

A avaliação inicial de pacientes queimados deve ser realizada a partir de uma abordagem sistemática, baseando-se em quatro pilares (1) Avaliação primária de acordo com o Suporte de Vida Avançado para queimados (2) Estimativa da área de superfície corporal total (3) Ressuscitação volêmica (4) Avaliação da imunização.

Primeiramente, a proteção das vias aéreas de um paciente termicamente ferido é uma prioridade máxima. As circunstâncias que cercam a lesão do paciente podem ser indicativas do potencial de lesão por inalação e comprometimento das vias aéreas. A intubação precoce é indicada em pacientes com lesão sintomática por inalação ou qualquer lesão térmica na face, boca ou orofaringe que ameace a desobstrução das vias aéreas. O manejo do comprometimento das vias aéreas pode incluir uma manobra de elevação da mandíbula, elevação do queixo, dispositivo de via aérea oral, intubação endotraqueal ou solução cirúrgica de via aérea; o clínico mais experiente no manejo das vias aéreas deve assegurar uma via aérea definitiva (AHUJA et al., 2016; CARTOTTO et al., 2022).

Assim que as vias aéreas estiverem seguras, segue-se a avaliação da respiração. Devem-se auscultar sons respiratórios bilaterais e determinar frequência respiratória e profundidade da respiração para avaliar a capacidade do paciente de ventilar e oxigenar adequadamente, avaliando assim o estado dos pulmões, parede torácica e diafragma. Na apresentação, os pacientes com queimaduras graves devem ser colocados em um monitor cardíaco e um oxímetro de pulso contínuo, bem como deve ser submetido a avaliação da pressão arterial. A pressão arterial, a frequência cardíaca e a avaliação clínica da cor da pele não queimada são parâmetros utilizados para avaliar o estado circulatório. Devido ao aumento da resposta das catecolaminas após uma lesão térmica, 100–120 batimentos cardíacos por minuto são considerados dentro dos limites normais (AHUJA et al., 2016; SASAKI et al., 2022; KIM et al., 2022).

Os pacientes que sofreram uma lesão térmica geralmente apresentam estado mental alterado. No entanto, a possibilidade de lesão associada ao uso de substâncias, hipóxia, lesão por inalação ou uma condição pré-existente deve sempre ser abordada como parte da história do evento. Fornecer controle ambiental adequado é fundamental para esse subconjunto de pacientes, pois eles perderam a capacidade de termorregulação. O paciente deve estar

completamente exposto para avaliar lesões e remover quaisquer contaminantes que possam prolongar o contato com produtos químicos ou fontes de calor. Remover a roupa no início do processo de avaliação interrompe o processo de queima; todas as fraldas, jóias, lentes de contato e outros acessórios devem ser removidos para evitar um efeito de torniquete (AHUJA et al., 2016; CARTOTTO et al., 2022).

A avaliação da queimadura deve estimar a área de superfície corporal total (TBSA) utilizando um método padronizado denominado Regra dos Nove e delinear as características que requerem atenção imediata de um centro de queimados designado. A ressuscitação apropriada deve ser iniciada imediatamente e adaptada com base nos parâmetros do paciente para evitar ressuscitação excessiva e insuficiente. Tanto a ressuscitação excessiva quanto a insuficiente são fisiologicamente prejudiciais para o paciente termicamente ferido. Múltiplas fórmulas de ressuscitação são utilizadas para orientar a ressuscitação de queimaduras e incluem, entre outras, as fórmulas de Parkland e Brooke modificadas. Todas as fórmulas orientam a ressuscitação com o objetivo de titular os fluidos para obter um débito urinário de 0,3– 0,5 mL/kg/h em adultos e 1,0 mL/kg/h em crianças (ALLORTO et al., 2018; SASAKI et al., 2022).

O estado de imunização e imunização contra o tétano deve ser avaliado e tratado se indicado. Feridas de queimadura podem abrigar bactérias e são particularmente conhecidas por serem propensas ao tétano. Os pacientes que estão em dia com o status de vacinação não requerem tratamento adicional. Pacientes queimados com situação vacinal desconhecida ou inadequada devem receber TT além da imunoglobulina antitetânica (AHUJA et al., 2016; CARTOTTO et al., 2022).

Escarotomia e fasciotomia no tratamento de queimaduras

A escarotomia deve ser realizada quando a escara circunferencial ou quase circunferencial das extremidades compromete os tecidos subjacentes ou a circulação distal a ela. A escarotomia deve ser realizada quando a escara no tronco ou no pescoço comprometer a aeração e a respiração. Embora o momento exato da escarotomia não tenha sido mencionado na maior parte da literatura, a escarotomia é geralmente indicada após o início da fluidoterapia. A escarotomia abdominal deve ser realizada quando uma escara circunferencial ou quase circunferencial estiver associada a evidências de hipertensão intra-abdominal (IAH) ou sinais de síndrome compartimental abdominal (SCA). A escarotomia deve ser realizada nos eixos

longitudinais da parte afetada próximo aos feixes neuro-vasculares. A extensão da incisão na escara deve variar de pele normal a normal. Além das lesões elétricas de alta voltagem, a fasciotomia raramente é indicada como procedimento primário em queimaduras. A fasciotomia é mais comumente realizada, uma vez confirmado o diagnóstico de síndrome compartimental, principalmente em queimaduras muito profundas, quaisquer que sejam suas etiologias (ALLORTO et al., 2018; SASAKI et al., 2022).

Abordagem de feridas

Queimaduras de espessura parcial superficial e áreas doadoras de enxertos de pele de espessura parcial se beneficiam da oclusão por longos períodos (pelo menos uma semana). Curativos úmidos e que preservam o calor são os preferidos. Se estes não estiverem disponíveis, curativos úmidos devem ser usados. De acordo com a literatura médica atual, nenhum curativo ideal - um que se adaptasse a todas as feridas em todos os momentos - ainda não foi identificado. A limpeza com lavagem suave é o componente mais importante da limpeza da ferida por queimadura. A limpeza de feridas é o primeiro passo na prevenção e cura de infecções e essencial para uma boa cicatrização. Todas as revisões sistemáticas realizadas até o momento não encontraram nenhuma correlação significativa entre a solução usada e a taxa de infecção ou cicatrização (ALLORTO et al., 2018; SASAKI et al., 2022; KIM et al., 2022).

Os curativos biológicos parecem ser superiores aos curativos não biológicos. Homoenxertos e xenoenxertos não estão disponíveis em países islâmicos devido a crenças religiosas. Da mesma forma, os produtos bovinos representam um problema para os hindus. Além disso, homo e xenoenxertos são usados apenas para feridas limpas e não como curativos em feridas sépticas e exsudativas. No entanto, estratégias atuais que visam melhorar a cicatrização e o resultado da queimadura, bem como a redução do enxerto de pele de espessura parcial necessário, incluem principalmente produtos biológicos e sintéticos de substituição da pele (ALLORTO et al., 2018; KIM et al., 2022).

Um estudo controlado randomizado de fase III demonstrou que os pacientes tratados com pele de peixe necessitaram de menos dias para repitelização ($9,7 \pm 0,6$ dias versus $10,2 \pm 0,9$ dias; $p = 0,001$) e menos curativos ($1,6 \pm 0,7$ versus $4,9 \pm 0,5$; $p < 0,001$). Eles também diminuíram as necessidades analgésicas e a escala visual analógica, a Escala de Ansiedade da Dor Específica para Queimaduras e as medições eletrônicas de von Frey. Finalmente, o uso de

pele de peixe reduziu o custo médio final relacionado ao tratamento por paciente em 42,1% (JÚNIOR et al., 2021).

Meschial et al. (2018) ressaltam os impactos que um evento que desencadeia uma queimadura, seja ela de qual for seu nível, presentes no paciente queimado, os quais abrangem desde repercussões físicas até facetas sociais. Nesse sentido, a avaliação e a abordagem do paciente grande queimado, além de serem instrumentos de promoção de bem-estar físico, reverberam na própria garantia da dignidade do indivíduo atendido, na medida em que são processos determinantes em face da redução da mortalidade, de repercussões e do sofrimento do paciente. Assim, deflagra-se a necessidade do preparo da equipe de profissionais para que o manejo de queimaduras com alto nível de gravidade seja conduzido, em todas as suas etapas, com estratégias pertinentes.

Nesse viés, a abordagem multidisciplinar e profissional do paciente grande queimado deve estar presente desde a entrada do indivíduo no serviço de emergência, haja vista que a integração com a equipe, o tratamento holístico e a comunicação que considera múltiplas facetas do queimado configuram-se nas vias de fomento precoce da redução de mortalidade e de intercorrências do paciente (SILVA, 2021; FARONI, 2018). Silva (2021) destaca a necessidade de viabilizar assistência metabólica e nutricional dos pacientes e de escolhas terapêuticas individualizadas e amparadas por toda a equipe. Nesse ponto, nota-se que tais escolhas podem e devem ser construídas já no momento avaliativo do paciente, impactando também nas diligências terapêuticas iniciais (Quadro 2).

Quadro 2- Parâmetros de inclusão dos pacientes nas diferentes categorias

PEQUENO QUEIMADO QUEIMADO LEVE	MÉDIO QUEIMADO QUEIMADO MODERADO	GRANDE QUEIMADO QUEIMADO GRAVE
Adultos: Qualquer extensão de 1º grau exclusivo. ≤ 10% de Superfície Corporal Queimada (SCQ) de 2º grau. Crianças: Qualquer extensão de 1º grau exclusivo. ≤ 5% de SCQ de 2º grau.	Adultos: 10-20% de SCQ de 2º grau. 2º grau envolvendo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila ou grande articulação. ≤ 10% de SCQ de 3º grau que não afetem olhos, orelhas, face, pé ou genitais. Crianças: 5-15% de SCQ de 2º grau. 2º grau envolvendo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila ou grande articulação. ≤ 5% de SCQ de 3º grau que não afetem olhos, orelhas, face, pé ou genitais.	Adultos: > 20% de SCQ de 2º grau > 10% de SCQ de 3º grau Crianças: > 15% de SCQ de 2º grau > 5% de SCQ de 3º grau Adultos e Crianças: • que envolvam olhos, ouvidos, orelhas, face, mãos, pés, perineo e genitais. • 3º grau atingindo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila, em qualquer idade. • todas as lesões inalatórias com ou sem queimaduras. • queimaduras elétricas. • queimaduras com trauma (politrauma), com fratura óssea em

	<p>qualquer localização ou com trauma craniano concomitante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • queimaduras em pacientes de alto risco (ex: diabetes, gravidez, DPOC, câncer, choque, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, distúrbios da coagulação e hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, doenças consumptivas). • quadros infecciosos graves decorrentes ou não da queimadura (que necessitem de antibioticoterapia venosa). • queimaduras em pacientes psiquiátricos. • síndrome compartimental ou do túnel do carpo, associada ou não à queimadura. • qualquer outra afecção que possa ser fator de complicação à lesão ou ao quadro clínico da queimadura.
--	---

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – Diretriz de Queimaduras do Conselho Federal de Medicina, 2008.

Pan (2018) preconiza que os serviços de emergência devem apresentar respostas rápidas na abordagem inicial do paciente queimado e a assertividade em cuidados impede que sequelas sejam geradas. Entretanto, tal panorama é, muitas vezes, inviabilizado pela baixa incidência de equipe multiprofissionais de fato munidas dos conhecimentos práticos necessários para empregar diligências práticas cruciais, dentre as quais cita-se: analgesia, investigação da natureza da queimadura (elétrica, química ou provenientes de fontes de calor), avaliação de vias aéreas e exposição da área corpórea submetida à injúria.

Nessa conjuntura, Botelho (2019) estuda retrospectivamente o nível de mortalidade em um acidente envolvendo múltiplos queimados no setor de urgência pediátrico, variável que foi substancialmente alterada pelo intervalo de tempo entre o acidente e o início do atendimento, o que impossibilitou a adoção de uma conduta com maiores evidências de sucesso que são utilizadas em pacientes com atendimento mais próximo ao momento em que ocorreu a queimadura.

Um achado de interesse e que gera debate em torno desse tópico no que tange ao paciente grande queimado é a sede excessiva, de modo que Garcia (2018) alerta para a necessidade de manejo da sede, com o fito de otimizar o bem-estar do paciente no ínterim da intervenção clínica. Logo, é possível afirmar que, já no atendimento inicial do grande

queimado, a equipe deve traçar itinerários de tratamento que levem em consideração as demandas básicas do indivíduo.

Na avaliação e no atendimento à vítima de queimadura, tornam-se imprescindíveis informações específicas que podem demonstrar necessidades por tratamentos específicos, como etiologia, área da superfície corporal queimada, profundidade da queimadura, região do corpo atingida e tempo de exposição. Dessa forma, caracteriza-se, fundamentalmente, a gravidade e as alterações sistêmicas provenientes da queimadura (MOULIN et al., 2018). Para Rocha (2020), a avaliação da extensão em conjunto com a profundidade, a eventual lesão inalatória, o politrauma e outros fatores serão os principais determinantes da gravidade do paciente.

Quanto à conduta terapêutica, Ambrosoni (2018) elenca, por grau de importância, como se deve avaliar e tratar o paciente grande queimado - neste estudo em específico, a população-alvo é pediátrica, que apresenta maior prevalência dessa enfermidade. Primeiramente, a área de superfície corporal queimada deve ser determinada para estimar as necessidades hídricas na fase de ressuscitação. Em seguida, a profundidade da queimadura deve ser classificada em 1º, 2º, 3º ou 4º grau. Deve-se avaliar se há queimaduras em áreas especiais - como face, pescoço, mãos e pés, dobras articulares, genitais, períneo e mamas - e nas vias aéreas.

Para tratamento, Ambrosoni (2018) afirma que se necessita, inicialmente, de uma reposição de líquidos, possivelmente associada ao uso de vasopressores, para inibir a ocorrência de choque hipovolêmico. Posteriormente, é mister a reposição de albumina para recuperar a pressão oncótica vascular e o uso de vitamina C pela sua propriedade antioxidante, que se torna necessária após a hipoperfusão no choque, pois há extensa produção de radicais livres com o aumento da perfusão. A analgesia é importante para todos os graus de profundidade da lesão, mas, em especial, as de segundo grau pela irritação nos nociceptores da derme, e o principal analgésico utilizado é a morfina. A administração de antibióticos evita infecções após a queimadura, que é a principal causa de morte tardia nessa lesão. Além disso, a nutrição enteral é imprescindível para evitar o catabolismo e melhorar o prognóstico. Por fim, no tratamento cirúrgico, há uso de sulfadiazina de prata e mupirocina alternadas a cada 12h nas primeiras 48h. Após esse período, as curas são continuadas com debridadores enzimáticos e gaze iodoformada (ou gaze branca em caso de alergia), o que viabiliza o debridamento da escara. Com 72h, o hidocolóide é adicionado às curas, mantendo a escara úmida e facilitando a epitelização, o que permite sua remoção.

Na ressuscitação com fluidos, usada para reconstituir o volume intravascular e manter a perfusão de órgãos-alvo em pacientes com queimaduras graves, a solução hiperosmótica reduz significativamente a carga de fluidos em pacientes com queimaduras graves em comparação com a solução isosmótica (KAO, 2017). Para o autor, as queimaduras profundas e a progressão da profundidade da queimadura requerem uma estratégia de ressuscitação cuidadosamente projetada e eficiente, possivelmente com uma solução hiperosmótica, para comprometer o déficit de base dos tecidos abaixo ou adjacentes às queimaduras. Alguns estudos recomendam que a glutamina seja incluída na nutrição enteral, mas, segundo Heyland (2022), a suplementação de glutamina não reduziu o tempo de alta do hospital com vida.

Considerações Finais

Portanto, considera-se que a abordagem do paciente grande queimado no setor de emergência envolve uma rede de ações para amenizar o sofrimento e ampliar as possibilidades de diagnóstico. A observação do estado hemodinâmico, a rápida avaliação assertiva do grau de comprometimento e o manejo da equipe multiprofissional em saúde são aspectos fundamentais para a melhora no quadro do paciente. Diante das limitações do estudo, como a não utilização de critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, é imprescindível que estudos experimentais adicionais analisem novas escolhas terapêuticas para manter uma atualização na conduta de tratamento no Brasil e que políticas de atenção à saúde sejam implementadas para capacitar equipes para o atendimento adequado ao paciente grande queimado, e, conseqüentemente, para diminuir o quantitativo de internações com progressão da lesão e de mortes por essa enfermidade.

Referências

AHUJA, Rajeev B.; GIBRAN, Nicole; GREENHALGH, David; JENG, James; MACKIE, David; MOGHAZY, Amr; MOIEMEN, Naiem; PALMIERI, Tina; PECK, Michael. **ISBI Practice Guidelines for Burn Care. Burns**, [S.L.], v. 42, n. 5, p. 953-1021, ago. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2016.05.013>.

ALLORTO, Nikki; ATIEH, Bechara; BOLGIANI, Alberto; CHATTERJEE, Pallab; CIOFFI, William; DZIEWULSKI, Peter; JONG, Alette de; GIBRAN, Nicole; GUERRERO, Linda; HANUMADASS, Marella. **ISBI Practice Guidelines for Burn Care, Part 2. Burns**, [S.L.], v. 44, n. 7, p. 1617-1706, nov. 2018. **Elsevier BV**. <http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2018.09.012>.

AMBROSONI, María et al. Propuesta de tratamiento del gran quemado en la unidad de cuidados intensivos del CHPR. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v. 89, n. 2, p. 129-134, 2018.

ANTONIOLLI, Liliana et al. Estratégias de coping da equipe de enfermagem atuante em centro de tratamento ao queimado. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2018, v. 39 [Acessado 3 Novembro 2022] , e2016-0073. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>>. Epub 28 Maio 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0073>.

BATISTA, Bruno de F. Cruz et al. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n. 4, p. 246-250, 2012.

BATISTA, Bruno de F. Cruz et al. Perfil epidemiológico de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 11, n. 4, p. 246-250, 2012.

BOTELHO, Fábio Mendes et al. Análise da eficiência de uma rede de urgência para tratamento de múltiplos queimados.. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões** [online]. 2019, v. 46, n. 2 [Acessado 3 Novembro 2022] , e2115. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192115>>. Epub 18 Abr 2019. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192115>.

CARTOTTO, Robert; JOHNSON, Laura; ROOD, Jody M; LORELLO, David; MATHERLY, Annette; PARRY, Ingrid; ROMANOWSKI, Kathleen; WIECHMAN, Shelley; BETTENCOURT, Amanda; CARSON, Joshua s. Clinical Practice Guideline: early mobilization and rehabilitation of critically ill burn patients. **Journal Of Burn Care & Research**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 1-15, 26 maio 2022. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/jbcr/irac008>.

CASTRO, Adriana de Fátima Canela et al. Monitorização do paciente grande queimado e as implicações na assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 10, n. 4, p. 133-137, 2011.

FARONI, Natalia et al. Manejo interdisciplinario de pacientes quemados. Pilar fundamental para la reducción de secuelas funcionales. **Rev Med Rosario**, v. 84, n. 1, p. 26-9, 2018.

FRANCK, Claudio Luciano et al. Fatores que influenciam na mortalidade em queimaduras graves. **Rev Bras Queimaduras**, v. 19, n. 1, p. 50-7, 2020.

GARCIA, Aline Korki Arrabal et al. Barreiras e facilitadores no manejo da sede pré-operatória do paciente queimado à luz do Knowledge Translation* * Extraído da tese: “Implantação do Modelo de Manejo da Sede Pré-operatória no Centro de Tratamento de Queimados: estudo de intervenção norteado pelo Knowledge Translation”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, 2020. . **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2021, v. 55 [Acessado 3 Novembro 2022] , e03764. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>>. Epub 23 Jul 2021. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020039803764>.

HEYLAND, Daren, et al. A Randomized Trial of Enteral Glutamine for Treatment of Burn Injuries. **N Engl J Med**. 2022 Sep 15;387(11):1001-1010. doi: 10.1056/NEJMoa2203364. Epub 2022 Sep 9. PMID: 36082909. Acesso em 04 nov. 2022.

JÚNIOR, Edmar Maciel Lima; MORAES FILHO, Manoel Odorico de; COSTA, Bruno Almeida; FECHINE, Francisco Vagnaldo; VALE, Mariana Lima; DIÓGENES, Ana Kely de Loyola; NEVES, Kelly Rose Tavares; UCHÔA, Alex Marques do Nascimento; SOARES, Maria Flaviane Araújo do Nascimento; MORAES, Maria Elisabete Amaral de. Nile Tilapia Fish Skin-Based Wound Dressing Improves Pain and Treatment-Related Costs of Superficial Partial-Thickness Burns: a phase iii randomized controlled trial. **Plastic & Reconstructive Surgery**, [S.L.], v. 147, n. 5, p. 1189-1198, 27 abr. 2021. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/prs.0000000000007895>.

KAO, Yuan et al. Fluid Resuscitation in Patients With Severe Burns: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Acad Emerg Med**. 2018 Mar;25(3):320-329. doi: 10.1111/acem.13333. Epub 2017 Nov 11. PMID: 29024269. Acesso em 04 nov. 2022. <https://doi.org/10.1111/acem.13333>

KIM, Hyunjin; SHIN, Seongmee; HAN, Donghoon. Review of History of Basic Principles of Burn Wound Management. **Medicina**, [S.L.], v. 58, n. 3, p. 1-12, 7 mar. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58030400>.

MESCHIAL, William Campo et al . EDUCATIONAL INTERVENTION ON ACUTE MANAGEMENT OF BURNS BASED ON INNOVATIVE PEDAGOGICAL METHODS: NURSES' PERCEPTIONS. **Texto contexto - enferm.**, , v. 29, e20190222, dez. 2020 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072020000100367&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 nov. 2022. Epub 18-Dez-2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0222>.

MOULIN, Larissa Lima et al. Perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de referência. **Nursing** (São Paulo), p. 2058-2062, 2018.

NITSCHKE, C. A. S. Queimaduras: Atendimento pré-hospitalar e hospitalar das queimaduras, 2008. Disponível em: Acesso em: 28/10/2022.

PAN, Raquel et al. Conhecimento de profissionais de saúde acerca do atendimento inicial intra-hospitalar ao paciente vítima de queimaduras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

ROSA, Zenória; DE LIMA, Tadeu Henrique. Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de queimadura Epidemiological profile of patients victims of burns. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 19832-19853, 2021.

SASAKI, Junichi; MATSUSHIMA, Asako; IKEDA, Hiroto; INOUE, Yoshiaki; KATAHIRA, Jiro; KISHIBE, Miyuki; KIMURA, Chu; SATO, Yukio; TAKUMA, Kiyotsugu; TANAKA, KATSUMI. Japanese Society for Burn Injuries (JSBI) Clinical Practice Guidelines for Management of Burn Care (3rd Edition). **Acute Medicine & Surgery**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-104, jan. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ams2.739>.

SILVA AM, GUANILO MEE, MOON YJK, COSTA PTL, RUY TS, VELHO GV, et al. Atuação da equipe multiprofissional no atendimento de um grande queimado: Um relato de caso. **Rev Bras Queimaduras** 2021;20(1):70-74

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Queimados**: Diagnóstico e Tratamento Inicial. São Paulo: SBCP; 2008. (Projeto Diretrizes)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento Inicial. In: Picollo, N.S et al. (org.). Projeto diretrizes: Associação médica brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008a. Disponível em: Acesso em: 28/10/2022.

●

Como citar este artigo (Formato ABNT):

CALLOU, Pedro Henrique Cardoso; VIANA, Raizza Caroline de Andrade; VIANA, Kaike Santos de; VIANA, Maria Clara de Andrade; RAMALHO, Cicero Lucas Gomes; MENEZES, Daisy Teixeira de. Avaliação e Abordagem Inicial ao Paciente Grande Queimado no Departamento de Emergência: Uma Revisão Integrativa da Literatura. **Id on Line Rev. Psic.**, Maio/2023, vol.17, n.66, p. 155-170, ISSN: 1981-1179.

Recebido: 04/02/2023; Aceito 23/02/2023; Publicado em: 31/05/2023.