

Edição III

Clínica Médica & Cirurgia

Capítulo 27

CUIDADOS INICIAIS AO PACIENTE QUEIMADO

MARINA DE SENNA CARLI¹

¹Médica e Cirurgiã-Geral do Hospital Municipal de Governador Valadares.

Palavras-chave: Queimadura; Grande Queimado; ATLS.

CONCEITO DE QUEIMADURA

A queimadura constitui uma lesão resultante da exposição direta ou indireta a fontes de calor, podendo ser originada por energia térmica, química ou elétrica. Este fenômeno desencadeia a morte celular e lesões de tecidos adjacentes (ROSA; LIMA, 2021).

Estima-se que ocorra aproximadamente um milhão de casos de queimaduras no Brasil por ano, resultando em mais de 2 mil óbitos atribuídos de forma direta ou indiretamente às complicações causadas por essas lesões (CRUZ *et al.*, 2012).

O atendimento desses pacientes é complexo, deve ser feito de forma sistematizada seguindo o protocolo ABCDE do trauma. A abordagem inicial, ainda no ambiente pré-hospitalar, preconiza a segurança da cena e remoção da fonte de calor (ATLS, 2018).

Diante da suspeita de lesão de via aérea, como estridor sinais de esforço respiratório, a conduta imediata é a intubação orotraqueal precoce e preventiva, devido ao risco iminente de edema de glote, condição potencialmente fatal (BRITO *et al.*, 2017).

O ATLS 11ª edição orienta a necessidade de um acesso venoso periférico de grosso calibre em pacientes grande queimados, com objetivo de repor perdas volêmicas observadas nesses pacientes e prevenir o choque hipovolêmico do paciente grande queimado.

O propósito primordial deste estudo é disseminar conhecimentos relativos à fisiopatologia e manejo inicial do paciente queimado, destacando a importância do atendimento adequado que impacta profundamente a vida dos indivíduos acometidos.

DESCRIÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como uma revisão descritiva, realizada no período de janeiro de 2026 a julho de 2026. Para nortear a pesquisa

bibliográfica, foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave: "queimadura", "grande queimado", e "ATLS".

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, abrangendo relatos de caso e artigos de revisão publicados nos últimos vinte e cinco anos, escritos nas línguas inglesa e portuguesa, nas bases de dados LILACS, SciELO, PubMed e Google Acadêmico.

Desta busca foram encontrados 20 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção, levando em consideração sua abrangência e confiabilidade.

Os resultados foram apresentados em forma descritiva, com ênfase nos aspectos médicos relacionados às prioridades no atendimento inicial ao paciente grande queimado.

Foram incluídos artigos que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Foram excluídos os artigos que não se adequavam ao escopo do estudo, bem como aqueles com metodologia questionável.

ATENDIMENTO AO PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA

O atendimento ao paciente vítima de queimadura segue o protocolo ABCDE do trauma. Primeiro passo é realizar a segurança da cena e interromper o processo de queimadura, removendo a fonte de calor, toda roupa do paciente deve ser retirada, incluindo relógios e joalherias. Após interromper a queimadura as lesões devem ser cobertas com panos/gases limpas e secas (BISON *et al.*, 2015).

O comprometimento da via aérea pode acontecer devido à lesão direta das vias e também pelo edema subjacente à queimadura. Muitas vezes os sinais iniciais são sutis e o paciente pode evoluir para a insuficiência respiratória de forma insidiosa.

De acordo com o ATLS, são indicações de avaliação médica imediata a considerar via aérea

definitiva, a presença de sinais de obstrução de via aérea como rouquidão ou estridor, uso de musculatura acessória, edema de face significativo, queimadura extensa em face e cavidade oral, redução do nível de consciência, queimadura circunferencial do pescoço e odinofagia.

Nos casos duvidosos, deve-se examinar a orofaringe do paciente em busca de sinais de inflamação, lesão da mucosa, fuligem na faringe e edema, tomando cuidado para não agravar qualquer lesão.

Encontrando algum desses achados estaria indicado realizar intubação orotraqueal, não devemos aguardar a evolução para obstrução ou insuficiência respiratória (BRUXEL *et al.*, 2012).

A reposição volêmica visa suprir as perdas contínuas observadas no paciente queimado, devido ao aumento da permeabilidade vascular e vasodilatação, com perda de líquido para o terceiro espaço.

De acordo com o ATLS, todo paciente com mais de 20% de superfície corporal queimada (SCQ) deve receber reposição volêmica (CRUZ *et al.*, 2012).

Para calcular a SCQ, faz-se a “Regra dos Nove” dividindo a superfície corporal do adulto em múltiplos de nove, conforme ilustrado na **Figura 27.1**.

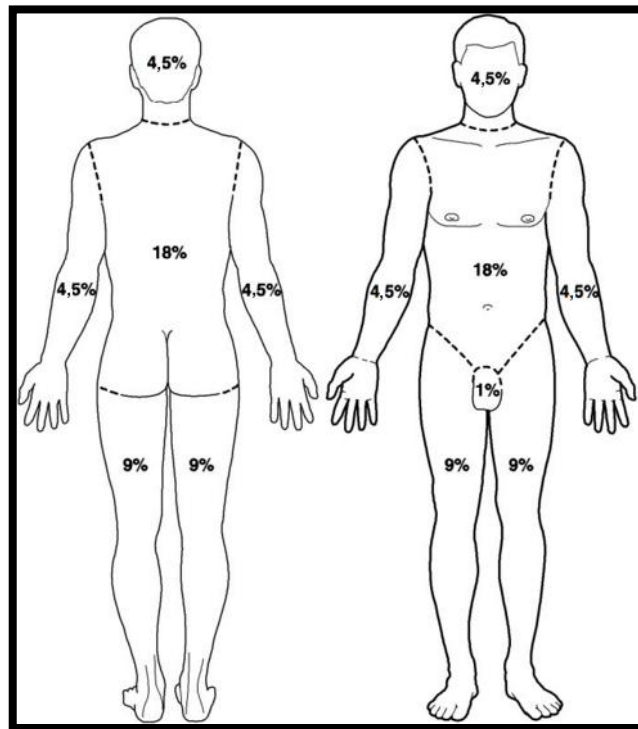
Ainda, para a estimativa da extensão da área corporal queimada, utiliza-se o diagrama de Lund-Browder, instrumento gráfico que representa as proporções corporais em suas faces anterior e posterior, sendo ajustado de acordo com a faixa etária do paciente (ATLS, 2018).

A taxa metabólica pode aumentar em 200% em relação ao normal. Se não houver um suporte nutricional adequado, rapidamente o paciente consome as reservas proteicas e evolui com desnutrição.

As necessidades calóricas podem ser fornecidas por diversas fórmulas. A desenvolvida por Curreri, por exemplo, recomenda 25 kcal/kg/dia

somada a 40 kcal por área de SCQ, por dia (ATLS, 2018).

Figura 27.1 Regra dos nove no adulto



Fonte: ATLS, 2018.

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS

A classificação das queimaduras leva em conta a profundidade da lesão juntamente com a SCQ e a idade, são os principais determinantes de mortalidade.

Queimaduras epidérmicas ou de primeiro grau não formam bolhas, apresentam como hiperemia dolorosa, apresentam baixo risco para complicações e não devem ser somadas ao cálculo de área de superfície corpórea queimada (BRITO *et al.*, 2017).

Queimaduras parciais ou de segundo grau, acometem a epiderme e derme, é dividida em superficial, quando acometem até a derme superficial ou derme papilar, apresentam área eritematosa dolorosa que empalidecem com a compressão e bolhas.

Já as lesões profundas acometem a derme profunda ou derme reticular, se apresentam de forma semelhante as lesões superficiais, porém não empalidecem a compressão (BRITO *et al.*, 2017; BRUXEL *et al.*, 2012).

Queimaduras de terceiro grau afetam toda a espessura da pele, chegando a alcançar o subcutâneo, se apresentam por uma pele endureada com aspecto de couro, mas também pode ser translúcida ou mosqueada com aspecto de cera.

As de quarto grau acometem estruturas abaixo do subcutâneo, como ossos, tendões e músculos, é a queimadura característica das lesões elétricas de alta voltagem (BRITO *et al.*, 2017; BRUXEL *et al.*, 2012).

As complicações infecciosas representam são responsáveis por mais de 50% dos óbitos em pacientes queimados. Além disso, as queimaduras podem levar a deformidades permanentes e sequelas neurológicas, oftalmológicas e genituri-nárias (BRUXEL *et al.*, 2012).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ), o prognóstico do paciente queimado depende de diversos fatores referentes ao tipo, profundidade e localização da lesão, e a

conduta inicial adequada tem mostrado uma grande redução na morbimortalidade desse paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento inicial ao paciente vítima de queimadura é uma condição médica complexa, pode gerar desde pequenas lesões tratadas de forma ambulatorial, até lesões potencialmente fatais.

A conclusão do atendimento ao grande queimado foca em avaliar via aérea e necessidade via aérea definitiva precoce, tratamento do choque hipovolêmico quando presente, sempre priorizando o ABCDE do trauma e prevenir infecções.

As queimaduras são classificadas internacionalmente de acordo com a superfície corporal queimada e idade. Para queimaduras de 1º grau o tratamento é baseado em cuidados locais com a pele e alívio dos sintomas.

Nas lesões profundas a retirada de tecido desvitalizado é necessário, muitas vezes sendo necessário reconstruções complexas com enxertia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. Thermal injuries. In: Advanced Trauma Life Support Student Course Manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018. cap. 9, p. 168-185.

BISON, A. V. F. *et al.* A importância do resfriamento da queimadura no atendimento pré-hospitalar. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 14, n. 1, p. 31, 2015.

BRITO, A. P. *et al.* A cobertura ideal para tratamento em paciente queimado: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Queimaduras*, v. 16, n. 3, p. 188-193, 2017.

BRUXEL, C. L. *et al.* Manejo clínico do paciente queimado. *Acta Médica (Porto Alegre)*, v. 16, n. 3, p. 188-193, 2012.

CRUZ, B. F. *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.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR BURN INJURIES PRACTICE GUIDELINES COMMITTEE. Practice guidelines for burn care. *Burns*, v. 42, p. 953-1021, 2016.

ROSA, Z. *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes vítimas de queimadura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 19832, 2021.