**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**RESIDÊNCIA MÉDICA 2014**

# Atendimento ao Queimado

Gabarito da Prova realizada em 2/nov/2013

## QUESTÃO 1

A- 10.500 ml de líquido cristalóide, ringer lactato ou solução fisiológica
B- Débito urinário
C- Nos grandes queimados devemos evitar dissecar vasos venosos devido maior risco de tromboembolismo nesses casos
D- Exame neurológico completo e quando possível realizar uma CT de crânio

## QUESTÃO 2

A- 11.970 ml
B- Devemos administrar 4.970 ml nas próximas 18 hs ou 276 ml/h em bomba de infusão
C- Hipotensão, insuficiência renal pré-renal, aprofundamento das lesões mais superficiais
D- Edema pulmonar, síndrome compartimental abdominal, síndrome compartimental nos membros

## QUESTÃO 3

A- Na presença de lesão inalatória, nas queimaduras elétricas, uso de bebida alcoólica antes do trauma, crianças menores que 2 anos. A forma mais fidedigna de monitorizar a ressuscitação é através da mensuração da diurese.
B- Broncoscopia
C- Supra-glótica, Infra-glótica e intoxicação exógena por monóxido de carbono ou cianeto. História de presença de fumaça no local e o paciente permaneceu confinado durante algum tempo no local. Rouquidão, sibilos e escarros carbonáceos.
D- Os danos da lesão por inalação de fumaça são acusados pelas toxinas inaladas. O calor é dispersado nas vias aéreas superiores e as partículas de fumaça e toxinas são empurradas para os brônquios pelo movimento ciliar, portanto é principalmente de natureza química. Ocorre uma aumento do luxo sanguíneo e do fluxo linfático pulmonar. A linfa pulmonar é semelhante a solução fisiológica e o seu aumento leva ao edema. Outro evento importante é a separação do epitélio ciliar da sua membrana basal, formamdo exsudato na via aérea. Esse exsudato se transforma em moldes de fibrina e podem ser difíceis de remover pela aspiração das vias aéreas, exigindo a remoção broncoscópica. A evolução clínica esperada é a insuficiência respiratória aguda, causada pelo edema, obstrução de vias aéreas superiores, intoxicação por monóxido de carbono ou outros produtos tóxicos. O segundo estádio ocorre 72 a 96 horas após após trauma e está associados a formação desses moldes de fibrina e hipóxia e o quadro clínico se assemelha ao da SARA ( síndrome da angustia respiratória do adulto). O

terceiro estádio é da instalação da broncopneumonia, entre o 3º e o 10º dia. O tratamento deve visar a manutenção da patência pulmonar. Um paciente que tosse com condições de ser mantido fora da ventilação mecânica terá uma evolução mais favorável. Se a falência pulmonar é iminente, a via aérea definitiva deve ser realizada, com fisioterapia respiratória e aspirações frequentes para manter a toalete pulmonar. Broncoscopia deve ser considerada para remover secreções e coletar lavado broncoalveolar para isolar precocemente presença de bactérias nas vias aéreas. A extubação deve ser realizada o mais precoce possível de acordo com a evolução clínica.

## QUESTÃO 4

A corrente elétrica geralmente penetra por uma parte do corpo como dedos e progride através de tecidos que oferecem menor resistência, como, nervos, vasos sanguíneos e músculos. A pele apresenta uma resistência alta e é poupada. A corrente deixa o corpo através de uma parte aterrada, geralmente o pé. O calor gerado pela passagem dessa corrente danifica os tecidos. O músculo é o principal tecido acometido em quantidade. Os vasos sanguíneos também transmitem grande parte dessa eletricidade e inicialmente estão patentes, mas evoluem para trombose progressiva, levando a perda tecidual adicional por isquemia, com destruição oculta de tecidos profundos. A destruição do tecido muscular leva a mioglobinúria que pode precipitar pigmentos nos túbulos renais e consequente obstrução levando a insuficiência renal aguda por necrose tubular aguda.Para prevenir essa lesão renal demos infundir quantidades extras de cristaloides e manter o débito urinário em 2ml/Kg/h.