



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Edital nº 69/2019 – HT / Edital nº 72/2019 – HC
Prova Teórica – 02/11/2019



INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
-----------	-------	-------------------

ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:	ORDEM
---	-------

110 – Medicina Intensiva Áreas com Pré-Requisito

INSTRUÇÕES

1. Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
2. Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. Antes de iniciar a resolução das questões, confira a numeração de todas as páginas.
3. A prova é composta de 50 questões objetivas.
4. Nesta prova, as questões objetivas são de múltipla escolha, com 5 alternativas cada uma, sempre na sequência **a, b, c, d, e**, das quais somente uma deve ser assinalada.
5. A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
6. Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome nele impresso corresponde ao seu. Caso haja irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
7. O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica de tinta preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
8. Não será permitido ao candidato:
 - a) Manter em seu poder relógios e qualquer tipo de aparelho eletrônico ou objeto identificável pelo detector de metais. Tais aparelhos deverão ser DESLIGADOS e colocados OBRIGATORIAMENTE dentro do saco plástico, que deverá ser acomodado embaixo da carteira ou no chão. É vedado também o porte de armas.
 - b) Usar boné, gorro, chapéu ou quaisquer outros acessórios que cubram as orelhas, ressalvado o disposto no item 4.4.5 do Edital.
 - c) Usar fone ou qualquer outro dispositivo no ouvido. O uso de tais dispositivos somente será permitido quando indicado para o atendimento especial.
 - d) Levar líquidos, exceto se a garrafa for transparente e sem rótulo.
 - e) Comunicar-se com outro candidato, usar calculadora e dispositivos similares, livros, anotações, régua de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
 - f) Portar carteira de documentos/dinheiro ou similares.
 - g) Usar óculos escuros, exceto quando autorizado por meio de solicitação de Atendimento Especial.
 - h) Emprestar ou tomar emprestados materiais para a realização das provas.
 - i) Ausentar-se da sala de provas sem o acompanhamento do fiscal, conforme estabelecido no item 7.12, nem antes do tempo mínimo de permanência estabelecido no item 7.15, ou ainda não permanecer na sala conforme estabelecido no item 7.16 do Edital.
 - j) Fazer anotação de informações relativas às suas respostas (copiar gabarito) fora dos meios permitidos.

Caso alguma dessas exigências seja descumprida, o candidato será excluído deste processo seletivo.

9. Será ainda excluído deste Processo Seletivo o candidato que:
 - a) Lançar mão de meios ilícitos para executar as provas.
 - b) Ausentar-se da sala de provas portando o Cartão-Resposta e/ou o Caderno de Questões, conforme os itens 7.15 e 7.17.b do Edital.
 - c) Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos e/ou agir com descortesia em relação a qualquer dos examinadores, executores e seus auxiliares, ou autoridades presentes.
 - d) Não cumprir as instruções contidas no Caderno de Questões da prova e no Cartão-Resposta.
 - e) Não permitir a coleta de sua assinatura.
 - f) Não se submeter ao sistema de identificação por digital e detecção de metal.
10. Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o Caderno de Questões da prova e o Cartão-Resposta.
11. Se desejar, anote as respostas no quadro disponível no verso desta folha, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

Específica

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS



.....

RESPOSTAS

01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

01 - Sobre as causas e/ou possíveis tratamentos para a asma, assinale a alternativa correta.

- a) Mesmo quando crônica, a asma é caracterizada por eventos de inflamação na via aérea em resposta a vários estímulos externos, levando a redução reversível no seu calibre devido à contração dos músculos lisos, congestão vascular, edema das paredes brônquicas e secreção, achados essencialmente reversíveis e sem remodelagem da via aérea.
- b) Nos pacientes com DPOC, a hipoxemia observada e retenção do CO₂ podem facilmente ser explicadas pelo mecanismo fisiopatológico de “shunt”, em que o fluxo de sangue não encontra uma estrutura pulmonar onde ocorra troca, passando inalterado do lado direito venoso para o lado esquerdo arterial.
- ▶ c) O seguintes sinais clínicos: alteração importante no peak-flow observado x esperado, sonolência, afundamento abdominal durante a fase inspiratória e frequência cardíaca de 75 bpm, com ausência de pulso paradoxal ou tiragem, sugerem parada respiratória iminente.
- d) Nos momentos de broncoespasmo grave, o ar aprisionado nos pulmões ao final da expiração irá gerar um aumento da PEEP fisiológica, conhecido como auto-PEEP ou PEEP intrínseca, sendo contraindicado o uso de VMNI nas modalidades de CPAP ou BiPAP, já que a PEEP externa gerada nesses modos levará a aumento ainda maior da PEEP total do paciente.
- e) Diversas drogas são úteis no momento da intubação e início do suporte da ventilação mecânica invasiva nas formas graves, mas a ketamina e o propofol devem ser evitados devido a seus efeitos sobre a musculatura lisa aumentando ainda mais o broncoespasmo.

02 - Sobre as manifestações clínicas e possíveis tratamentos para os distúrbios ácido-básicos, considere as seguintes afirmativas:

1. Todas as avaliações dos distúrbios ácido-básicos devem incluir o cálculo simples do “ânion-gap” por meio da fórmula $AG = Na^+ - (Cl^- + HCO_3^- + ureia/2)$, já que o acúmulo de ânions ácidos levará a um aumento do AG.
2. Na cetoacidose alcoólica, vista em etilistas crônicos após consumo excessivo de álcool bruscamente interrompido por vômitos, dor abdominal e jejum, observa-se maior acúmulo de beta-hidroxibutirato, que não é detectável pela prova do nitroprussiato no laboratório, subestimando assim o grau de cetonúria e cetose.
3. Na cetoacidose diabética, o acúmulo de cetoácidos é responsável pelo aumento do AG frequentemente acompanhado de hiperglicemia, diurese osmótica e importante depleção.
4. Alcalose metabólica com redução do volume extracelular (desidratação) é situação rara já que os rins apresentam grande capacidade de excretar HCO₃⁻, e estados de depleção levam à acidose metabólica pela hipoperfusão periférica.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

03 - Pacientes infectados pelo HIV que desenvolvem SIDA são admitidos atualmente na UTI principalmente por baixa aderência à terapêutica específica (TAR) ou pelo diagnóstico “de novo”. Sobre as possíveis causas, estratégias diagnósticas e suporte para esse problema, considere as seguintes afirmativas:

1. Em pacientes com SIDA, no contexto de alteração radiológica típica, tosse e insuficiência respiratória, a dosagem plasmática de Beta-D-glucana apresenta um excelente valor preditivo positivo confirmando a suspeita diagnóstica preditivo negativo, refutando a hipótese de pneumocistose (pneumonia causada por *Pneumocystis jirovecii*).
2. Trimetoprim-sulfametoxazol é a droga de escolha no tratamento da pneumocistose associada com corticoide nas formas graves, entretanto, nas formas menos graves ou após > 72 h do início da terapia anti-*Pneumocystis*, não existe indicação formal para iniciar o corticoide.
3. Piora clínica evidente após início da TAR específica em um paciente com contagem de CD4 menor que 100 cel/uL e que já estava com melhora clínica sob tratamento para meningite por criptococo, sugere a presença de processo inflamatório devido à reconstituição imune.
4. A coinfeção pelo vírus da hepatite C vem emergindo como uma das principais causas de mortalidade entre pacientes com SIDA, principalmente devido a taxas maiores de infecção entre os pacientes HIV do que na população geral e pelo risco muito maior da hepatite C evoluir com cirrose na coinfeção com HIV.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- ▶ e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

04 - Durante a visita na UTI, observou-se que o paciente A.C., 25 anos, sob ventilação mecânica invasiva modo VCV (controlado a volume), devido à exacerbação aguda de asma, está com auto-PEEP de 15 cmH₂O. Além do uso de broncodilatadores, que outras medidas poderão ser adotadas para minimizar essa auto-PEEP?

- a) Reduzir a PEEP extrínseca aplicada pelo ventilador mecânico.
- b) Aumentar a frequência respiratória visando suprimir o drive ventilatório do paciente.
- c) Mudar a forma de onda para fluxo inspiratório decrescente.
- ▶ d) Aumentar o fluxo inspiratório máximo.
- e) Desconectar temporariamente o paciente do ventilador, permitindo assim a saída do ar aprisionado.

05 - Sobre as drogas preconizadas e suas indicações na PCR, conforme diretrizes do ACLS (atualização de 2018), considere as seguintes afirmativas:

1. O uso de amiodarona 300 mg EV em bolus está indicado para todos os ritmos chocáveis (FV e “TV sem pulso”) logo após o início da RCP, suporte de oxigênio e monitorização cardíaca.
2. A lidocaína deve ser considerada nos casos de FV ou “TV sem pulso” refratários a desfibrilação, na dose de 1 a 1,5 mg/kg, podendo ser repetida na dose de 0,75 mg/kg uma segunda vez.
3. O sulfato de magnésio está indicado não apenas nos casos com *torsades de pointes* (taquicardia ventricular polimórfica com intervalo QT longo), mas também como uma importante alternativa à amiodarona nos casos com ritmo chocável.
4. O uso de dose baixa de betabloqueadores ou lidocaína, após o retorno do pulso espontâneo, está associado à menor recorrência de FV e TV sem pulso, sendo uma recomendação importante nessa última revisão.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

06 - Apesar dos avanços na medicina intensiva e na terapia antibiótica, a mortalidade da pneumonia comunitária grave permanece ainda muito elevada. Sobre as causas, sintomas relacionados e tratamento indicado a essa patologia, considere as seguintes afirmativas:

1. As pneumonias comunitárias, no momento do diagnóstico, podem ser classificadas com o auxílio de raios X de tórax em “típicas” e “atípicas”, sendo essa estratificação útil na escolha antibiótica apropriada.
2. O CURB-65 leva em consideração a confusão mental, ureia elevada, frequência respiratória, pressão arterial e idade acima de 65 anos, para estratificar o risco de pacientes com pneumonia no pronto-socorro.
3. A pesquisa de antígeno para *Legionella* spp na urina apresenta boa especificidade e sensibilidade e não sofre influência quanto ao uso de antibióticos prévios.
4. O MRSA adquirido na comunidade apresenta um padrão de resistência ainda maior do que seu parente hospitalar, mas felizmente com grau de virulência muito menor, assim, pneumonia pelo MRSA adquirido na comunidade costuma se apresentar como lesões lombares únicas, sem grande comprometimento da respiração.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- ▶ c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

07 - Referente ao diagnóstico e manejo clínico dos distúrbios da glicose nos pacientes críticos, considere as seguintes afirmativas:

1. Para pacientes com hipoglicemia sem causa aparente (sem relação óbvia com medicamento), a dosagem baixa tanto de insulina sérica quanto de peptídeo C sugere o diagnóstico de insuniloma.
2. Hiperglicemia e grande variabilidade na glicose sérica estão associadas a aumento de mortalidade para pacientes não diabéticos, mas não em pacientes diabéticos.
3. Entre os pacientes diabéticos com HbA1C < 7% antes da admissão hospitalar, a mortalidade foi menor com níveis de glicemia próximos ao normal, mas entre os pacientes com HbA1C > 7% antes da admissão, manter os níveis de glicemia próximos ao normal está associado a maior mortalidade (hipoglicemia relativa).
4. Glucometer permite a medição capilar da glicemia com grande precisão e acuracidade à beira do leito, permitindo um ótimo controle da glicemia com valores entre 80 e 110 mg/dL como meta em pacientes na UTI, embora com menor precisão, a glicemia analisada durante a gasometria em aparelhos *point-of-care* pode também ser usada.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- ▶ c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

08 - Referente ao manejo clínico do trauma raquimedular conforme diretrizes do ATLS, considere as seguintes afirmativas:

1. Nos pacientes acordados e lúcidos, a ausência de dor ou sensibilidade alterada virtualmente afasta lesões espinhais significativas, mas nos pacientes com rebaixamento de consciência, confusão mental ou com dor, a restrição de movimento em uma superfície firme na posição supina permite seguramente postergar a investigação por imagem para afastar injúria espinhal.
2. Devido ao elevado risco de injúria medular relacionado ao movimento na presença de lesão espinhal, o paciente deve ser mantido com colar cervical e na prancha rígida durante todo o período de investigação até um profissional especializado poder afastar pela imagem a ausência do risco, confirmando a estabilidade da coluna.
3. O choque neurogênico resulta da perda do tônus vasomotor simpático, levando à vasodilatação periférica e consequente hipotensão, entretanto a taquicardia excessiva (compensatória) dificulta o uso de drogas vasoativas, ficando seu uso indicado apenas se a reposição de 50 mL/kg de cristalóide falhar em corrigir o estado hemodinâmico.
4. Pacientes com lesão acima de C6 apresentam elevado risco de perda da ventilação pulmonar, sendo fundamental a discussão de intubação desses pacientes, principalmente antes do transporte.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- ▶ b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

09 - Poliúria em um paciente crítico é menos comum do que a oligúria, mesmo assim, é um achado significativo em algumas importantes patologias. Sobre causas, sintomas relacionados e tratamento indicado para essa complicação, assinale a alternativa correta.

- a) No diabetes insípido nefrogênico, o rim perde a capacidade de concentrar a urina devido à resistência renal à ação do ADH endógeno, e entre as causas pode-se destacar a intoxicação por lítio, hipocalcemia, hipercalemia e a necrose tubular aguda por depleção (pré-renal).
- b) A insuficiência renal pós-renal após desobstrução do trato urinário está usualmente associada à poliúria, com urina hipo-osmolar (< 250mOsm/L) e autolimitada, sendo manejada com restrição hídrica e balanço negativo até a diurese voltar a diminuir.
- c) Entre os agentes osmóticos usados na terapia intensiva, a escolha do manitol traz vantagens sobre a NaCl 7% por apresentar menor diurese osmótica e assim levar a menor depressão do intravascular, além disso, a salina hipertônica está associada a um grande estímulo para diurese devido ao sódio extra que inibe a renina sérica além da ação osmótica.
- ▶ d) Pacientes com poliúria e urina hipo-osmolar (< 250mOsm/L) que apresentam baixa osmolaridade sérica (< 288 mOsm/L) devem ser investigados para ingesta aumentada de água, se a urina for hipo-osmolar mas a osmolaridade sérica for alta, um teste com DDAVP ou vasopressina permitirá separar a causa central das causas nefrogênicas.
- e) A síndrome perdedora de sódio e o diabetes insípido central são patologias observadas frequentemente nas injúrias cerebrais agudas como trauma com TCE ou hematomas cerebrais, mas o diagnóstico diferencial entre essas duas patologias é difícil na beira do leito devido aos achados laboratoriais serem semelhantes.

10 - Apesar das diretrizes avançadas do ACLS serem revisadas periodicamente pela AHA buscando uma eficiência progressivamente maior, a morbidade e mortalidade da PCR ainda é bastante sombria, em parte devido à situação clínica grave em si, em parte devido às dificuldades inerentes ao momento em executar uma RCP com qualidade. Referente a esse manejo clínico, conforme diretrizes do ACLS (atualização de 2018), assinale a alternativa correta.

- a) Devido à grande importância da ventilação e oxigenação adequadas para o retorno do pulso espontâneo, no ambiente hospitalar e após dois minutos de RCP, prioriza-se a garantia de uma via aérea por meio da intubação, devendo-se manter uma ventilação a cada 4 ou 5 segundos sem suspender as compressões torácicas.
- b) A capnografia durante a RCP é uma recomendação forte do ACLS e o valor próximo a 10 mmHg de CO₂ expirado é um excelente preditor de adequada ventilação e perfusão pulmonar aumentando as chances de retorno do pulso espontâneo.
- ▶ c) Nas situações de acesso venoso difícil, a via intraóssea pode ser utilizada por ser simples, segura e fácil de ser instalada, e qualquer medicamento normalmente feito pela via endovenosa poderá ser feito por dessa via alternativa.
- d) Nos ritmos chocáveis, a desfibrilação com 360J desde o início deverá ser seguida por uma rápida avaliação quanto à presença de pulso e, quando o pulso estiver ausente, deve-se manter a RCP no ritmo 30:2 por dois minutos antes de nova avaliação do ritmo.
- e) Para uma RCP de qualidade, recomenda-se garantir compressões torácicas entre 5 a 8 cm, com frequência entre 100 a 150 ipm, minimizando ao máximo as interrupções, inclusive, se possível, realizando a troca do "massageador" com intervalos acima de 2 minutos.

11 - PEP, masculino, 55 anos, sedado sob VM invasiva no 3º PO de colectomia esquerda por adenocarcinoma de reto-sigmoide com suboclusão intestinal. A monitorização por capnografia apresenta uma queda súbita do CO₂ expirado. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- a) congestão pulmonar após bolus de cristalóide 1000 mL feito minutos antes da alteração da capnografia.
- b) extubação acidental durante o banho 5 horas antes da alteração na capnografia.
- c) intoxicação por opioide após 3 mL de fentanil EV para controle de agitação na VM.
- ▶ d) sangramento digestivo, já que o paciente não estava com profilaxia de úlcera de estresse.
- e) hipoventilação alveolar, devido ao ajuste da VM feito pela fisioterapia após aspiração de secreção.

12 - ARG, 70 anos, masculino, cardiopata com IC FER e história de viagem recente. Admitido por diarreia aquosa, 5x/dia há 72 horas. Nega sangue, pus, muco ou vermes nas fezes. Ao exame, lúcido e orientado, refere sede, mas sem conseguir ingerir nada, com abdome flácido e indolor, RHA presentes, mas muito aumentados. Afebril, com pulso fino e regular, FC de 95 bpm. PAM: 70x40 mmHg e perfusão distal ruim com extremidades frias. Considerando os dados apresentados, a reposição volêmica inicial deve ser feita com:

- a) soro de reidratação oral associado a procinéticos EV (como metoclopramida).
- b) SSI / Ringer lactato 10 a 20 mL/kg EV lento e gradual ao longo de 24 a 48 horas, com controle da PAM com noradrenalina em BI e, assim que a PAM permitir, iniciar dobutamina em BI.
- ▶ c) SSI / Ringer lactato 10 a 20 mL/kg EV em bolus ao longo de 1 a 2 horas, com controle da PAM com noradrenalina em BI se não existir resposta ao volume.
- d) coloide (exemplo gelatina) lento e gradual ao longo de 24 a 48 horas, com reposição do menor volume possível para evitar congestão e, assim que a PAM permitir, iniciar dobutamina em BI.
- e) coloide (exemplo gelatina) em bolus ao longo de 1 a 2 horas e, assim que a PAM permitir, iniciar dobutamina em BI.

13 - Sobre causas, sintomas relacionados e tratamento indicado para a oligúria, assinale a alternativa correta.

- a) Pacientes com FENa < 1% (fração excretada de sódio) são tradicionalmente diagnosticados como apresentando oligúria de origem intrarrenal desde que não tenham recebido diurético e não apresentem diurese osmótica secundária, por exemplo, por hiperglicemia.
- b) Em pacientes sob ventilação mecânica invasiva sem esforço respiratório, a variação de onda de pulso acima de 13% é um forte preditor de pré-carga adequada, assim, se oligúria está presente deve-se optar pela tentativa de drogas vasoativas ou diurético no lugar de bolus de volume devido ao risco de congestão.
- c) O uso de albumina 20% ou *hydroxyethyl starch* (HES) está associado a melhora da função renal, redução da necessidade de diálise e redução na mortalidade geral, mas o elevado custo reduz muito seu uso na prática diária.
- ▶ d) Na síndrome compartimental abdominal, pressões acima de 15 mmHg podem levar à oligúria e, acima de 30 mmHg, podem levar à anúria, devido à pressão direta externa sobre o rim, que causa a hipoperfusão renal, com resposta simpática e do sistema renina.
- e) A insuficiência renal aguda não oligúria apresenta menor mortalidade que a insuficiência renal oligúria, assim, a estratégia de forçar a diurese com furosemida dose alta permitirá um cuidado mais simples das formas oligúricas de insuficiência renal, sendo necessário afastar hipovolemia com bolus de volume previamente.

14 - Sobre as causas, sintomas e tratamento relacionados à meta-hemoglobinemia, considere as seguintes afirmativas:

1. **A MetHb é a forma oxidada da Hb, em que o ferro está oxidado ao estado férrico e, nessa condição, o ferro é incapaz de se ligar ao O₂, e quando a Hb está parcialmente oxidada ela apresenta maior afinidade pelo O₂.**
2. **Com altos níveis de MetHb, a oximetria de pulso mostrará uma SpO₂ próxima de 85% independentemente do real valor da SaO₂ vista na gasometria.**
3. **Anestésicos locais, como benzocaína e lidocaína, bem como os nitratos, estão entre os principais fármacos associados à MetHb, e entre as causas de intoxicação por MetHb estão: fumaça de escapamento de automóveis, pesticidas, herbicidas e alimentos sabor "barbecue".**
4. **O tratamento depende das manifestações clínicas e da taxa de MetHb no sangue, podendo ser feito com vitamina C 300 a 1000 mg 1x/d, nas formas leves, ou azul de metileno 1 a 2 mg/kg 1x/d, nas formas mais graves.**

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
- ▶ e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

15 - Sobre as causas e o manejo clínico dos eventos relacionados à morte materna ou fetal, assinale a alternativa correta.

- a) Em uma gestante na 33ª semana com dor abdominal e febre, a ausência de ruptura das membranas descarta a possibilidade de infecção amniótica intrauterina, mas, nos casos de bolsa rota presente, o tratamento de escolha será cefazolina por 14 dias em ambiente hospitalar, corticoide para maturação fetal e indução do parto após 7 dias de antibiótico.
- ▶ b) Visando à redução da mortalidade neonatal, recomenda-se a triagem universal de gestantes entre a 35ª e a 37ª semanas para *Streptococcus* do grupo B, bem como o tratamento com cefazolina intraparto para as mulheres infectadas.
- c) A endometriometrite puerperal é uma infecção polimicrobiana e uma importante causa de mortalidade materna, sendo mais comum após o parto vaginal do que após o parto cesáreo, assim, recomenda-se administrar antibiótico profilático de amplo espectro após os partos vaginais, logo após o clampeamento do cordão umbilical.
- d) Da mesma forma que na endocardite bacteriana, pacientes com tromboflebite pélvica séptica não devem ser anticoaguladas em dose plena devido ao risco de embolização, sendo o uso de antibióticos de amplo espectro o tratamento de escolha, geralmente com importante melhora clínica em menos de 72 horas.
- e) Mulheres que adquiriram herpes genital no primeiro trimestre de gestação apresentam alto risco de transmissão fetal e altas taxas de abortamento espontâneo, sendo menor no último trimestre devido à placenta já madura e aos anticorpos da mãe, por isso lesões herpéticas genitais ativas e trabalho de parto não contraindicam o parto vaginal.

16 - Sobre as causas e tratamentos para a SDRA, assinale a alternativa correta.

- a) Uma diferença clínica importante da SDRA para a congestão pulmonar cardiogênica é a presença de secreção rósea espumante no tubo orotraqueal quando a etiologia for cardiogênica, sendo que esse achado em conjunto com raios X de tórax com infiltrado simétrico peri-hilar são patognomônicos de congestão.
- b) A SDRA pode se manifestar de duas formas distintas: uma forma exsudativa, com hipoxemia usualmente refratária à suplementação de O₂, ou uma forma fibroproliferativa, com menor hipoxemia, mas com grande fibrose pulmonar e ruptura permanente da estrutura alveolar, mas não se pode definir no início qual forma o paciente apresentará, embora a forma fibroproliferativa seja mais rara.
- c) Por ser essencialmente decorrente de inflamação pulmonar, pacientes imunossuprimidos como transplantados renais apresentam menor risco de SDRA, bem como etilistas e desnutridos.
- d) Pacientes jovens apresentam grande resistência a fadiga respiratória e hipoxemia leve, assim, devido à mortalidade associada ao uso da ventilação mecânica invasiva, pacientes jovens com SDRA com relação PaO₂/FiO₂ de 140, embora com trabalho aumentado, mas com SpO₂ de 89% ou mais, não deveriam ser submetidos à intubação e ventilação mecânica invasiva.
- ▶ e) Ajustar a ventilação mecânica invasiva para modo PCV ou VCV, com 6 mL/kg de peso ideal respeitando pressão de platô de 30 cm H₂O pode ser bastante lesivo para alguns pacientes com SDRA e hipoxemia grave.

17 - Sobre a assistência segura e efetiva ao paciente na UTI, assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Os casos de intoxicação por monóxido de carbono, como COHb e HbO₂, apresentam a mesma faixa de absorção da luz vermelha, e o oxímetro de pulso mostrará erroneamente valores elevados de SpO₂.
- b) Enquanto a SpO₂ de 95% é necessária para garantir a adequada oxigenação de pacientes com pele branca, em negros o valor de apenas 90% será suficiente devido ao padrão diferente de condução da luz vermelha do oxímetro.
- c) A capnografia ganhou foco com as atuais diretrizes do ACLS durante a ressuscitação para avaliar o posicionamento do tubo endotraqueal e a qualidade das manobras de compressão torácica, mas, devido à baixa correlação entre a variação da PaCO₂ e a variação da P_{ET}CO₂ (CO₂ no final da expiração), praticamente seu uso fica restrito a essas situações apenas.
- d) O sistema *mainstream* de capnografia apresenta respostas quase instantâneas na medição do CO₂, mas, por aumentar o espaço-morto do sistema e assim prejudicar a ventilação do paciente, o local ótimo para ser instalado será a via inspiratória vinda do ventilador mecânico antes da junção em Y, onde o tubo endotraqueal será conectado.
- e) Muito comum no passado, a monitorização da pressão venosa central (PVC) não mostrou qualquer correlação com a necessidade de reposição de volume, e, assim, não apresenta atualmente utilidade na medicina intensiva.

18 - A grande maioria dos casos com embolia pulmonar é de natureza tromboembólica (TEP), mas êmbolos sépticos, tumorais, de líquido amniótico, gordura e ar também são possíveis, tornando ainda mais difícil o diagnóstico. Sobre o tema, assinale a alternativa correta.

- a) No ECG, o achado clássico de S₁Q₃T₃ e nos raios X de tórax, os achados clássicos da Corcova de Hampton e o sinal de Westermark são extremamente raros de serem vistos nos pacientes com TEP, assim, na investigação de pacientes com suspeita de embolia pulmonar não faz sentido atualmente solicitar ECG e raios X de tórax.
- b) Na gasometria, os achados de PaO₂ ao redor de 60 mmHg e um gradiente alvéolo-arterial de oxigênio ao redor de 5 mmHg em um paciente respirando ar ambiente são fortemente sugestivos de embolia pulmonar, principalmente se a PaCO₂ for acima de 45 mmHg, ao demonstrar distúrbio V/Q típico nesse diagnóstico.
- c) O D-dímero elevado é um importante exame de diagnóstico, em que valores elevados 3 vezes ou mais acima do limite normal fortemente sugerem a presença de embolia e exigem início de anticoagulação plena.
- ▶ d) Diferentes situações clínicas podem confundir o diagnóstico de embolia pulmonar, como na sepses com injúria pulmonar aguda nas quais observam-se hipoxemia, taquicardia e febre, sendo que em quase 80% das vezes o ecocardio poderá demonstrar hipertensão pulmonar com sobrecarga em algum grau de VD e o D-dímero estará bastante elevado.
- e) Os pacientes com hipotensão associada à embolia pulmonar apresentam como mecanismo básico a baixa pré-carga do ventrículo esquerdo, o qual por outro lado apresenta função normal; assim, o manejo clínico de escolha envolve uso de bolus de cristalóide visando corrigir essa falha.

19 - Sobre as principais causas de hemorragia do trato gastrointestinal, suas manifestações típicas e formas de tratamento, considere as seguintes afirmativas:

1. Pacientes coronariopatas que desenvolvem úlceras pépticas enquanto estão recebendo baixas doses de AAS deverão reiniciar o seu uso assim que possível, após o episódio de sangramento.
2. As lacerações de Mallory-Weiss observadas principalmente em etilistas raramente param de sangrar espontaneamente, necessitando de intervenções repetidas endoscópicas e até sutura da laceração cirurgicamente.
3. Nas hemorragias digestivas por varizes de esôfago, pacientes com cirrose são manejados com EDA repetidas, sendo a escleroterapia preferível à ligadura elástica, já que essa última técnica exige um jejum de ao menos 3 dias após o procedimento.
4. O sangramento diverticular tem início súbito, usualmente leve, indolor e decorrente do colo esquerdo, mas apresenta uma chance de apenas 25% de parar espontaneamente, levando à anemia e importantes alterações hemodinâmicas, principalmente em idosos.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

20 - Sobre a descompensação aguda da insuficiência cardíaca, considere as seguintes afirmativas:

1. Mais de 80% dos casos admitidos no pronto-socorro geral são com fração de ejeção reduzida e sobrecarga de volume por baixo débito cardíaco, com retenção de sal e água secundária a ação neuroendócrina (renina-angiotensina), menos de 20% dos casos são com fração de ejeção normal decorrentes de disfunção diastólica miocárdica.
2. O peptídeo natriurético tipo B e a Troponina I são excelentes marcadores da gravidade relacionada à descompensação atual, embora tenham pouco ou nenhum valor preditivo após a alta hospitalar do paciente quanto à mortalidade ou à chance de readmissão.
3. O uso de diuréticos é uma estratégia importante para tratamento da congestão, mas eles deveriam ser suspensos após mínima piora da função renal, já que mesmo pequeno aumento da creatinina (0,3 mg/dL) está associado à maior mortalidade nesse contexto.
4. Inibidores da ECA devem ser iniciados nos pacientes com IAM transmural, com estudos demonstrando redução da mortalidade para todas as causas e redução do risco de insuficiência cardíaca, entretanto, apresentam eficiência menor em mulheres e negros, sendo uma alternativa nesses casos o uso de hidralazina com nitrato.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

21 - Sobre infecção de partes moles, considere as seguintes afirmativas:

1. A gangrena necrosante sinérgica clinicamente descrita como dor intensa, edema local importante, rápida progressão da lesão e resposta pobre à antibioticoterapia é causada pela associação de *Streptococcus microaerofílicos* e *Staphylococcus aureus*.
2. A presença de crepitação da área infectada é um sinal patognomônico da presença de *Clostridium* spp.
3. Alguns *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus* secretam potentes exotoxinas, e mesmo lesões aparentemente superficiais ou até ocultas de pele podem estar associadas à síndrome do choque tóxico, caracterizada por rash macular difuso, choque e disfunção precoce de múltiplos órgãos.
4. As formas espontâneas de mionecrose por *Clostridium* spp estão geralmente relacionadas à malignidade do trato gastrointestinal ou quimioterapia com lesão de mucosas e apresentam baixa mortalidade.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- ▶ b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

22 - Sobre prevenção de infecção de sítio cirúrgico, assinale a alternativa correta.

- a) No ambiente hospitalar, *Pseudomonas aeruginosa* e *Enterobacter* somam juntas quase 40% das causas, seguidas com frequência decrescente pela *Cândida albicans*, *Bacteroides fragilis* e o *Staphylococcus aureus*.
- b) O enterococci encontrado na flora intestinal normal e quando presente nas culturas frequentemente não representa o agente causal; mas, em pacientes graves, o tratamento poderá ser feito com ampicilina, visto que tanto o *Enterococcus faecalis* quanto o *Enterococcus faecium* apresentam boa sensibilidade (> 90%).
- c) O uso de antibiótico profilático é fortemente recomendado 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica, e doses subsequentes serão necessárias para procedimentos com mais de 3 horas; se não for iniciado no intraoperatório, ele ainda pode ser efetivo se iniciado em até 60 minutos após a chegada na UTI.
- d) Pacientes com hipotermia ou anemia apresentam maior risco de infecção do sítio cirúrgico; assim, o controle restrito da temperatura do paciente, visando à normotermia, e a transfusão de sangue no perioperatório, visando à manutenção da hemoglobina próximo a 10 g/dL, são importantes medidas de prevenção.
- ▶ e) Na antisepsia da pele e mãos, a clorexidina tem excelente atividade contra CGP, boa atividade contra BGN (inferior ao álcool) e vírus, fraca atividade contra fungos, mas uma excelente atividade residual (superior ao povidine), que não é inativada pela presença de sangue.

23 - HIC, 48 anos, hipertenso grave com insuficiência renal dialítica. Apresenta hiperparatireoidismo secundário de difícil controle, sendo optado há 7 dias por paratireoidectomia total. Em casa, evoluiu com parestesias nas mãos e síncope, sendo encaminhado de emergência para o pronto-socorro. O ECG apresenta ritmo sinusal com 60 bpm, mas um intervalo P-R curto e QT muito longo. Em relação ao caso clínico descrito, é correto afirmar:

- ▶ a) Administração de drogas beta-agonistas é uma estratégia protetora.
- b) A presença de bradicardia sinusal é um fator de proteção na presença de P-R curto e QT longo.
- c) Uma estratégia protetora é controlar a ansiedade e evitar hiperventilação (em caso de piora dos sintomas) com um benzodiazepínico leve associado a drogas antiarrítmicas como quinidina, amiodarona ou beta-bloqueador.
- d) Devido à piora da bradicardia na presença de P-R curto e QT longo, a correção de hipomagnesemia, se presente, deverá ser postergada.
- e) A correção de hipopotassemia está associada à piora do intervalo P-R e do QT longo, devendo ser evitada.

24 - MMA, 68 anos, feminino, com cerca de 62 kg, hipertensa, admitida na UTI por rebaixamento do nível de consciência, já com 12h de evolução. Ao exame, apresenta desidratação, PAM: 65x50 mmHg, FC: 120 bpm, T: 37,8 °C. Exames laboratoriais: creatinina: 2,0 mg/dL, ureia: 155 mg/dL, sódio: 169 mEq/L, potássio: 5,1 mEq/L. Foi iniciada ceftriaxona 2g EV 1x/d com base na urocultura com crescimento de *E. coli* sensível. Considerando os dados apresentados, assinale a alternativa correta.

- a) A correção da hipernatremia pode ocasionar perda de volume neuronal e ruptura de vasos com hemorragia do sistema nervoso central.
- b) Por ser um evento com menos de 24 h de evolução, a correção rápida da hipernatremia poderá ser realizada, sem risco de lesão do sistema nervoso central e com recuperação mais rápida do nível de consciência da paciente.
- ▶ c) Mesmo sendo idosa e com hipernatremia, o manejo da hipotensão deverá ser feito com solução cristalóide, como soro fisiológico, associado com noradrenalina se ainda persistir hipotensa após 1500 mL de reposição em bolus.
- d) Devido à disfunção renal, não será possível repor volume sem gerar congestão no idoso, mas, como alternativa, pode-se instalar noradrenalina em acesso central e iniciar hemodiálise para controle da hipotensão e dos eletrólitos.
- e) A desidratação observada foi desencadeada pela falta de ingestão de água, sugerindo maus tratos ao idoso pelos cuidadores e familiares.

25 - Sobre infecção fúngica, assinale a alternativa correta.

- a) Em um paciente com pneumonia comunitária sob tratamento empírico com ceftriaxona e azitromicina, mas cujo aspirado traqueal, coletado antes do início dos antibióticos, demonstrou apenas crescimento de *Cândida albicans*, deve-se escalar o tratamento com fluconazol ou anfotericina B.
- b) O crescimento de *Cândida* nas hemoculturas convencionais é muito ruim, necessitando-se, na suspeita clínica, de coleta de hemoculturas específicas para fungo ou da dosagem de beta-D-glucana que apresenta elevada sensibilidade e especificidade, com poucos falsos positivos.
- c) Anfotericina desoxicolato apresenta uma excelente atividade fungicida, mas seu uso está limitado à frequente toxicidade associada com aumento da mortalidade, particularmente pela disfunção renal com hiperpotassemia associada, exigindo cuidados específicos para evitar ao máximo reposição de potássio ou medicamentos com potássio na fórmula.
- d) Fluconazol tem excelente atividade contra *Cândida albicans* e *krusei*, mas a *Cândida glabrata* e *tropicalis* apresentam resistência intrínseca à droga.
- ▶ e) Surto de aspergilose está associado a construções e reformas físicas em hospitais; pacientes neutropênicos e transplantados são o grupo de maior risco de infecção, embora imunocompetentes em uso de corticoide inalatórios também possam ser afetados.

26 - No trauma, até 90% das mortes pré-hospitalares estão associadas ao trauma cranioencefálico. Conforme diretrizes do ATLS, assinale a alternativa que apresenta o manejo clínico dessa patologia.

- a) Devido à importância do exame clínico neurológico, principalmente nas primeiras horas de assistência, paciente com TCE em coma deveria ser submetido à intubação para proteção de via aérea e garantia da oxigenação, sem o uso de sedativos ou no máximo com analgesia leve.
- b) Algumas das metas fisiológicas a serem garantidas na assistência ao paciente com injúria cerebral são PAS acima de 140 mmHg, temperatura central ao redor de 36 °C, glicose entre 80 e 110 mg/dL, hemoglobina acima de 9 g/dL, sódio sérico entre 130 e 140 mEq/L, saturação arterial acima de 95%, PaCO₂ entre 30 e 40 mmHg, plaquetas séricas acima de 110.000/mm³ e PPC acima de 70 mmHg.
- c) O TCE grave em pacientes com trauma abdominal fechado e instabilidade hemodinâmica torna obrigatória uma tomografia de crânio antes do encaminhamento para o centro cirúrgico para laparotomia, devido à possibilidade de tratamento simultâneo das lesões; de outra maneira, somente após a laparotomia, o diagnóstico tomográfico de injúrias no SNC resultaria em retorno ao centro cirúrgico e tratamento muito tardio dessas lesões.
- d) O uso profilático de anticonvulsivantes pode facilitar a recuperação cerebral podendo prevenir o estabelecimento de crises epiléticas pós-traumáticas tardias e, assim, os antiepiléticos devem ser iniciados precocemente, sendo a fenitoína e o valproato as drogas atualmente mais utilizadas.
- ▶ e) O uso de manitol não está indicado em pacientes com hipertensão intracraniana, quando hipotensos e que apresentam uma PPC baixa devido à perda do seu efeito sobre a PIC na presença de hipovolemia e, por ser um potente diurético osmótico, poderá ainda mais agravar essa condição, com piora da perfusão cerebral.

27 - Sobre suporte paliativo em pacientes críticos, assinale a alternativa correta.

- a) O opioide é útil no manejo de vários sintomas clínicos, mas está associado a maior risco de depressão respiratória, entretanto em pacientes terminais optamos por iniciar com doses elevadas, reduzindo posteriormente essa dose se necessário, mesmo que isso possa gerar apneia, a qual será justificada devido ao duplo efeito da droga.
- b) Dispneia é uma queixa importante e de difícil manejo em pacientes terminais; na prática, poucas opções terapêuticas existem, além da infusão de opioides.
- c) Náusea, vômitos e constipação são queixas frequentes, mas, no contexto de paliatividade, justifica-se manter o paciente em jejum já que “se sente pior após comer”; ajuste da dose do opioide não é uma alternativa e, se necessário, pequenas doses de sedativos podem ser úteis.
- d) No manejo do delírium, opta-se, como primeira estratégia, pelo uso de neurolepticos como haldol IM até o paciente não apresentar mais agitação psicomotora, associado com propofol ou midazolam para controle e tratamento do delírium nos pacientes paliativos.
- ▶ e) A retirada de um suporte avançado de vida apresenta a mesma responsabilidade ética do que não iniciar o suporte avançado de vida, assim, quando não está claro o estado terminal na assistência inicial de um paciente, pode-se iniciar o suporte, o qual poderá ser retirado novamente se o paciente for avaliado como terminal, posteriormente.

28 - ARE, 15 anos, apresenta diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 desde os 8 anos. Iniciou com polidipsia, poliúria e fraqueza generalizada dois dias após participar da festa de aniversário de uma amiga. A mãe informa que a paciente não é aderente ao uso de insulina. Ao exame, apresenta hálito característico e análise de urina com glicosúria e cetonúria. Não há evidência clínica de infecção. Considerando os dados acima, assinale a alternativa correta.

- a) A paciente deve permanecer em jejum até a correção da acidose, sendo que hipoglicemia deve ser evitada com infusão de solução glicosada endovenosa.
- b) Nas situações de glicemia abaixo de 100 mg/dL, é suficiente e seguro suspender a infusão de insulina regular para prevenir hipoglicemia.
- c) A paciente deve receber infusão de insulina regular intravenosa contínua até o desaparecimento da cetonúria.
- d) A reposição de fluidos é um dos principais pilares do tratamento, mas deve-se evitar o uso de grandes volumes de soro fisiológico, pois essa solução pode levar à piora da acidose.
- e) Infecção bacteriana é a principal causa desencadeadora da cetoacidose em pacientes com diabetes tipo 1, por isso na maioria das vezes é necessário o uso de antimicrobianos.

29 - Sobre os distúrbios eletrolíticos observados na terapia intensiva, assinale a alternativa correta.

- a) A hipernatremia é usualmente um problema de déficit de água e não um excesso de sódio, por isso os pacientes são hipovolêmicos nessa condição, e a sua correção rápida com SG5% está associada à mielinólise pontina e extrapontina, que apresenta alta morbidade.
- b) Mudanças no pH estão associadas ao deslocamento transcelular de K⁺ relativamente seguro, como na acidose metabólica, em que a hiperpotassemia observada não apresenta importantes efeitos cardíacos já que o potássio intramuscular está muito baixo (deslocado) e o potássio total está normal ou baixo no corpo.
- c) O fosfato é necessário nos processos anabólicos e na geração de ATP, assim, pacientes desnutridos podem apresentar importante hiperfosfatemia devido aos efeitos anabólicos da insulina quando realimentados, podendo gerar fraqueza muscular proximal, dores no corpo e rabdomiólise importante.
- d) Reposição de magnésio apresenta inúmeras indicações na medicina intensiva, como no tratamento de torsades de pointes e na pré-eclampsia, embora, para essa última, a indicação do uso de antiepilépticos usuais (como fenitoína) tem apresentado melhores resultados enquanto o uso de magnésio foi abandonado mais recentemente.
- e) Na hipocalcemia aguda, observam-se parestesias, o clássico sinal de Chvostek e Trousseau e convulsão, e no ECG observam-se o intervalo PR curto e o intervalo QT longo, associados com hipotensão e sinais de baixo débito.

30 - Sobre a hipóxia em diferentes situações clínicas, assinale a alternativa correta.

- a) Em altitudes elevadas, a baixa concentração de oxigênio no ar inspirado levará à vasodilatação cerebral e à vasoconstrição pulmonar como respostas fisiológicas protetoras, sendo a dexametasona o tratamento de escolha que reverte o quadro clínico pela melhora do edema pulmonar e cerebral.
- b) Na fisiologia pulmonar, os distúrbios do tipo shunt, embora menos frequentes, apresentam boa resposta a uma maior FIO₂ no ar inspirado, tornando seu tratamento mais fácil do que os distúrbios de ventilação-perfusão.
- c) A afinidade da hemoglobina pelo CO é cerca de 200 vezes maior do que pelo O₂, dessa forma, a curva de dissociação oxigênio-hemoglobina é modificada e desviada para a esquerda.
- d) Na hipóxia anêmica, a PaO₂ é caracteristicamente normal, mas a quantidade absoluta de O₂ transportado está diminuída, gerando respostas sistêmicas decorrentes dessa baixa oferta, como aumento do débito cardíaco.
- e) Nas situações de inalação de fumaça, além da possível intoxicação por CO, existe o risco da intoxicação por cianeto decorrente da queima de produtos nitrogenados como poliuretano ou lã, quando a hemoglobina fica incapaz de transportar oxigênio para os tecidos, gerando grave hipóxia tecidual e aumento do lactato sérico.

31 - Aproximadamente 3% dos pacientes hospitalizados desenvolvem infecção do trato urinário e até 95% desses eventos podem ser decorrentes do uso da sondagem vesical de demora. Referente a essa patologia, considere as seguintes afirmativas:

1. Diferenciar bacteriúria assintomática da verdadeira infecção pode ser clinicamente bastante difícil, mas com importante exceção nas gestantes, pacientes com colonização assintomática do trato urinário não apresentam benefício clínico com o tratamento antibiótico, o qual levará ainda à emergência de resistência bacteriana.
2. Pacientes na UTI, com história de uso de antibióticos de amplo espectro, com sonda vesical de demora há vários dias e que apresentam mais de 100.000 UFC/mL de *Candida* sp na urina, mesmo se assintomáticos, devem receber terapia antifúngica devido ao elevado risco de fungemia.
3. Como exceção à regra geral, pacientes com bexiga neurogênica, mesmo na ausência de lesões por pressão na região sacra, a sondagem vesical de demora é a estratégia preferível para evitar globo vesical ou infecção urinária decorrente de inúmeras sondagens intermitentes do meato uretral.
4. Dentre as medidas preventivas de infecção do trato urinário, destaca-se que a passagem da sonda seja realizada apenas por profissional treinado, com técnica asséptica e o uso de sistema fechado, evitando a abertura da bolsa de urina para drenagem antes da sua capacidade máxima ser atingida.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

32 - Na ventilação mecânica invasiva, “trigger” refere-se à passagem da fase expiratória para a fase inspiratória nos diferentes modos disponíveis, enquanto “ciclagem” refere-se à passagem da fase inspiratória para a expiratória. A respeito dos modos básicos de ventilação, considere as seguintes afirmativas:

1. No modo volume controlado, o trigger pode ser por fluxo e a ciclagem por tempo inspiratório.
2. No modo pressão controlada, o trigger pode ser por pressão e a ciclagem por tempo inspiratório.
3. No modo pressão de suporte, o trigger pode ser por fluxo e a ciclagem por fluxo inspiratório.
4. No modo CPAP, o trigger pode ser por pressão e a ciclagem por fluxo inspiratório.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- ▶ c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

33 - Sobre a toxicidade por paracetamol, assinale a alternativa correta.

- a) A ingestão de mais de 150 mg/kg em menos de 8 h está associada ao risco elevado de hepatotoxicidade por ação direta tóxica do paracetamol sobre os hepatócitos.
- ▶ b) A cisteína é a substância limitante no organismo para a síntese da glutatona, elemento necessário para converter o metabólito tóxico em uma forma não tóxica de excreção renal e, por ser uma fonte de cisteína, a N-acetilcisteína é usada como antídoto nas intoxicações por paracetamol, mas sua eficácia depende principalmente do tempo até sua administração.
- c) Laboratorialmente, entre 24 a 72 h após a intoxicação, observam-se sinais de lesão hepática, como AST > 1000 em alguns pacientes, mas nenhum exame laboratorial será nessa fase preditiva de risco de óbito e, somente após o quarto dia, os exames começam a ganhar importância clínica.
- d) A intoxicação aguda apresenta sintomas floridos como náuseas, vômitos, dor abdominal intensa, sudorese e taquicardia, frequentemente ocultando os sintomas da coingestão de outras substâncias, como álcool ou opioides.
- e) No tratamento agudo, não se deve passar SNG e realizar lavagem gástrica ou usar carvão ativado, mesmo se a ingestão for a menos de 60 minutos, devido à rápida absorção do paracetamol e ao elevado risco de vômito e broncoaspiração, além disso, o tratamento faz uso de N-acetilcisteína EV apenas, já que a apresentação oral não é eficaz.

34 - MM, 21 anos, sexo feminino apresenta história de asma em uso regular apenas de sulfato de salbutamol spray. Está internada no quarto há 1 dia por broncoespasmo. À noite, o time de resposta rápida foi chamado para vê-la devido à cianose e dispnéia, sendo optado por intubação traqueal, sedação e suporte em ventilação mecânica invasiva. Considerando os dados apresentados, assinale a alternativa correta quanto à regulação inicial do ventilador.

- a) Modo pressão controlada, delta da pressão inspiratória = 15cmH₂O, frequência respiratória = 19 ipm, tempo inspiratório = 1,3 seg, FiO₂ = 100%, PEEP = 5cmH₂O.
- ▶ b) Modo volume controlado, volume corrente = 6m L/kg, frequência respiratória = 12 ipm, velocidade fluxo inspiratório = 60 L/min, sem pausa inspiratória, FiO₂ = 100%, PEEP = 7cmH₂O.
- c) Modo pressão controlada, delta da pressão inspiratória = 5cmH₂O, frequência respiratória = 8 ipm, tempo inspiratório = 0,45 seg, FiO₂ = 100%, PEEP = 5cmH₂O.
- d) Modo volume controlado, volume corrente = 9 mL/kg, frequência respiratória = 19 ipm, velocidade fluxo inspiratório = 50 L/min, sem pausa inspiratória, FiO₂ = 100%, PEEP = 7cmH₂O.
- e) Modo pressão de suporte, delta da pressão inspiratória = 15cmH₂O, com ciclagem após queda a 10% do pico de fluxo inicial, FiO₂ = 100%, PEEP = 5cmH₂O.

35 - Uma gestação bem-sucedida exige adaptações fisiológicas maternas importantes, mas problemas clínicos podem interferir nesse ajuste fisiológico gerando riscos para a mãe e seu feto, algumas vezes agravando patologias prévias não diagnosticadas. Quanto às causas e ao manejo clínico dessas complicações, é correto afirmar:

- a) Mesmo a hipertensão gestacional leve, que não evolui para pré-eclâmpsia, está associada a maior risco de resultados adversos da gestação e a prognóstico desfavorável a longo prazo para a mãe, devendo ser uma preocupação constante no pré-natal a investigação e o controle agressivo da hipertensão.
- b) Na pré-eclâmpsia grave, a hipertensão arterial e a proteinúria são acompanhadas de lesão de órgãos, levando à disfunção pulmonar, hepática, hematológica ou do sistema nervoso central, mas com autorregulação cerebral preservada, o que reduz significativamente o risco de AVE (evento vascular) mesmo na presença da hipertensão arterial sistêmica.
- c) Nas formas moderadas, recomenda-se o parto às gestantes com pré-eclâmpsia, por reduzir a mortalidade da mãe mesmo que seja necessário expor o feto ao risco de nascimento prematuro.
- ▶ d) A taquicardia supraventricular é uma complicação possível na gravidez, cujo tratamento será igual ao da paciente não grávida, sendo o uso de adenosina e bloqueadores de canal de cálcio aceitável, bem como a cardioversão farmacológica ou elétrica quando necessário.
- e) Todas as modalidades diagnósticas e terapêuticas para a trombose venosa profunda oferecidas a pacientes não grávidas podem ser utilizadas nas gestantes, assim a anticoagulação plena pode ser feita com warfarina durante todo o período gestacional, mas recomenda-se a troca por heparinas de baixo peso molecular nas quatro semanas que precedem o parto previsto.

36 - Sobre as principais causas de dor torácica aguda e suas manifestações típicas, considere as seguintes afirmativas:

1. A dissecção aórtica apresenta uma dor “implacável” de início súbito em tórax anterior, frequentemente com irradiação para as costas entre os omoplatas, história de hipertensão arterial e presença de pulsos assimétricos periféricos.
2. A estenose aórtica apresenta dor semelhante à angina, de aspecto recorrente; o sopro cardíaco pode ser difícil de auscultar, mas a característica clínica de melhorar ao sentar-se e inclinar-se para frente auxilia no diagnóstico.
3. A embolia pulmonar apresenta dor de início súbito com horas de duração, frequentemente bilateral associada com dispneia e taquicardia, com aspecto tipo aperto e nos raios X de tórax presença de opacidade de aspecto alveolar no lado do embolismo.
4. O espasmo esofágico pode ou não estar associado com sintomas de refluxo; apresenta um padrão em aperto ou queimação semelhante à angina, podendo melhorar com terapia antiespasmótica como nitroglicerina ou nifedipina, gerando confusão com as síndromes coronarianas agudas.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- ▶ c) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

37 - Sobre o diagnóstico e manejo clínico da colangite, considere as seguintes afirmativas:

1. A pentade de Reynolds corresponde aos elementos clássicos da tríade de Charcot (febre, dor em quadrante superior direito e icterícia) associados com hipotensão e alteração do estado mental, sinalizando pacientes com colangite já com sepses grave (sepses com disfunção orgânica).
2. A tomografia de abdome pode detectar, com acurácia superior à ultrassonografia, a presença de dilatação e o nível de obstrução da via biliar, e como pelo menos de 85% das pedras biliares são calcificadas e radiopacas, vem se tornando o exame de escolha após a suspeita de colangite.
3. Usualmente, os agentes envolvidos na colangite são *Enterococcus* spp, anaeróbios, *Streptococcus bovis*, cândidas e no passado áscaris, bactérias presentes na flora cutânea e a pseudomonas estão presentes nas colangites após procedimentos cirúrgicos ou intervenção.
4. Nos pacientes com instabilidade hemodinâmica, a descompressão imediata da via biliar passa a ser uma prioridade, podendo ser realizada de forma mais segura do que cirurgicamente por meio da pancreatografia endoscópica retrógrada ou pela colangiografia trans-hepática percutânea com uma taxa de sucesso que excede 90%.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- ▶ b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

38 - Significante perda de sangue pode estar presente na cavidade abdominal sem qualquer mudança significativa na aparência externa do abdome, por isso, lesões não reconhecidas no abdome ou na pelve continuam sendo uma importante causa de morte prevenível no trauma. Conforme diretrizes do ATLS sobre as causas e o manejo clínico dessas complicações, assinale a alternativa correta.

- a) Injúria por desaceleração é típica no TCE, mas os órgãos abdominais são bastante resistentes a esse mecanismo de dano, sendo a compressão direta e os ferimentos perfurantes os mecanismos de lesão nesse contexto.
- ▶ b) Devido à natureza de alta energia, as fraturas pélvicas são frequentemente associadas com lesões de outros órgãos e são consideradas verdadeiras emergências médicas, na presença de hipotensão, instalar um fixador pélvico temporário (*pelvic binder*) é uma prioridade e pode ser um procedimento salvador.
- c) A descompressão do estômago por meio da sondagem reduz a incidência de broncoaspiração e permite avaliar a presença de sangue sugerindo lesão do trato gastrointestinal alto, mas na suspeita de lesão da base de crânio a sondagem nasogástrica ou orogástrica estão igualmente contraindicadas.
- d) O FAST quando realizado por médicos treinados é um método rápido e confiável de identificar diretamente lesão de órgãos sólidos intra-abdominal, perfuração de vísceras ocas, líquido livre na cavidade, sangramento em retroperitônio ou tamponamento cardíaco, apresentando ainda a vantagem de poder ser repetido sistematicamente durante o período de suporte clínico.
- e) Nos traumas abdominais fechados, a tomografia adquire um importante papel na investigação de emergência de pacientes instáveis ao permitir avaliar a extensão da lesão e ainda identificar pacientes que necessitarão de transferência precocemente para hospitais com maiores recursos.

39 - A maioria das reações adversas relacionada a fármacos são benignas, mas algumas podem ser potencialmente fatais, exigindo reconhecimento imediato, suspensão do medicamento e intervenções terapêuticas visando minimizar a toxicidade. Em relação ao tema, assinale a alternativa correta.

- a) A urticária foi observada em associação a quase todos os fármacos, sendo causada por meio de degranulação direta de mastócitos, não existindo, portanto, a formação de imunocomplexos específicos circulantes ou IgE-dependente, explicando assim sua baixa resposta aos corticoides, sendo a epinefrina a base do seu tratamento.
- b) O tratamento de escolha da síndrome de DRESS secundário à fenitoína envolve medidas suportivas e a troca de fenitoína por outro antiepiléptico aromático (fenobarbital e carbamazepina) ou lamotrigina.
- ▶ c) O tratamento com corticoide na síndrome de Stevens-Johnson e na necrólise epidérmica tóxica (NET) é questionável já que parece trazer benefícios na fase aguda, mas seu uso prolongado está associado a maior mortalidade.
- d) A tríade clássica da asma relacionada à aspirina envolve a presença de rinosinusite com pólipos nasais, asma e hipersensibilidade à aspirina e, seu tratamento no passado, envolvia a dessensibilização com doses crescentes de aspirina, mas devido ao enorme perigo dessa estratégia ela foi felizmente abandonada há vários anos.
- e) A síndrome do “homem vermelho” vista na infusão da vancomicina é uma forma grave de reação anafilática, associada com rubor, lesões papulosa difusa e hipotensão, frequentemente ignorada e que impede o seu uso como uma escolha alternativa no caso de alergia às penicilinas ou cefalosporinas.

40 - Em relação ao suporte nutricional em pacientes críticos, considere as seguintes afirmativas:

1. A albumina é um bom marcador do estado nutricional basal na admissão de pacientes críticos devido à sua pequena meia-vida; assim, ela parece sinalizar para a condição atual do paciente.
2. Pacientes com IMC entre 17 e 22 apresentam desnutrição moderada, mas já se encontraram manifestações clínicas e fisiológicas que podem aumentar os riscos de complicações na UTI.
3. Para paciente críticos, devido ao elevado gasto energético, a meta de reposição calórica deve ficar próxima a 40 calorias/kg/dia, podendo ainda esse valor ser aumentado em 40% nos pacientes já desnutridos com plano de ganho de peso.
4. Nos pacientes sob estresse metabólico como politraumatizado ou sepses, a meta de reposição de proteínas deve ser 1,5 a 2,0 g/kg/d, podendo ser maior em situações especiais como grande queimado, não devendo ser reduzido em pacientes com insuficiência renal aguda, podendo ser reduzido em paciente com insuficiência hepática com encefalopatia.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

41 - Sobre as causas de dor abdominal aguda e suas manifestações típicas, considere as seguintes afirmativas:

1. A distensão súbita da via biliar provoca um tipo de dor mais constante do que em cólica, geralmente no quadrante superior direito do abdome podendo irradiar para a região posterior do tórax ou subescapular direita.
2. Distúrbios vasculares apresentam um caráter súbito e catastrófico; por exemplo, a oclusão da artéria mesentérica superior se apresenta tipicamente com inflamação peritoneal e colapso vascular precoce, íleo e rigidez abdominal à palpação.
3. Em todo paciente com dor abdominal, deve-se considerar a possibilidade de doença intratorácica, como infarto do miocárdio ou pulmonar, pneumonia, pericardite ou doença esofágica e, nesses casos, a palpação da região referida no abdome não costuma acentuar a dor e pode até aliviá-la.
4. Nas crises abdominais metabólicas, diversos mecanismos podem estar presentes, como, por exemplo, porfíria, uremia ou cetoacidose diabética, e se caracterizam por dor difusa, de moderada intensidade, laboratório alterado e tomografia normal tornando seu diagnóstico simples na prática diária.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- ▶ b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 3 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

42 - A respeito do trauma torácico, assinale a alternativa correta.

- a) Por ser a hipoxemia a mais séria complicação do trauma torácico, o objetivo do manejo inicial será prevenir ou corrigir prontamente esse distúrbio, assim, cianose de pele ou mucosas precisa ser frequentemente verificada, permitindo um diagnóstico precoce de complicações que possam levar ao óbito.
- ▶ b) Para diferenciar pneumotórax hipertensivo de hemotórax maciço, pode-se observar um som hiper-ressonante na percussão, desvio de traqueia, veias do pescoço distendidas e ausência de movimento do tórax, enquanto no hemotórax a percussão será um som "seco", a traqueia permanece na linha média, as veias do pescoço estão colapsadas e o movimento do tórax ainda está presente.
- c) Fratura de costela é uma frequente causa de pneumotórax hipertensivo, cujo diagnóstico no cenário do trauma pode ser difícil de verificar clinicamente, assim, o exame de raios X de tórax precoce é importante para evitar a punção por agulha de um tórax sadio devido ao erro diagnóstico.
- d) A tríada clássica de bulhas abafadas, hipotensão e distensão das veias do pescoço está raramente presente no tamponamento cardíaco, mas o sinal de Kussmaul (aumento das veias jugulares apenas na inspiração na ventilação espontânea) quando presente, ajuda bastante minimizando as chances de tamponamento.
- e) Na contusão pulmonar, a insuficiência respiratória costuma ser máxima logo no início devido ao grande edema pulmonar, melhorando lentamente ao longo dos dias, sendo as crianças as mais acometidas devido à fragilidade óssea, levando a fraturas escalonadas e necessidade de suporte em ventilação mecânica precoce.

43 - Sobre o delirium, assinale a alternativa correta.

- a) A principal característica clínica do delirium é a agitação psicomotora com alucinações vivas de detalhes; em alguns pacientes, observam-se ainda déficit de atenção e distúrbios neurovegetativos, que incluem instabilidade da frequência cardíaca e da pressão arterial.
- b) O padrão hiperativo, exemplificado pela abstinência alcoólica é o mais comum e com maior morbidade e mortalidade associada, enquanto o padrão hipoativo, exemplificado pela intoxicação por opioide ocorre em cerca de 20% dos casos de delirium e apresenta menor morbidade entre as duas formas.
- c) Os riscos hospitalares de delirium como restrição nutricional, contenção física e privação do sono podem ser minimizados com estratégias voltadas a preveni-lo, como dieta enteral precoce por SNE em posição pós-pilórica, uso de medicamentos benzodiazepínicos para induzir o sono à noite e um ambiente silencioso e calmo durante todo o dia.
- d) O diagnóstico de delirium implica a presença de lesões assintomáticas ou subclínicas do SNC levando a um estado de confusão agudo na presença de fatores agressivos externos; essa teoria está fundamentada na observação de que indivíduos sadios não apresentam delirium mesmo a estímulos agressores externos intensos.
- ▶ e) O delirium tremens na abstinência decorre de uma atividade excitatória neural após a retirada dos efeitos inibitórios do álcool sobre o SNC; assim, pacientes com essa forma de delirium apresentam também um risco aumentado para crises convulsivas nos 3 primeiros dias de abstinência.

44 - A oferta de O₂ para os órgãos é uma preocupação constante do intensivista e ela depende de variáveis objetivas como o débito cardíaco, a concentração de hemoglobina (Hb) e a saturação arterial de O₂. Assim, a Hb é uma importante variável, mas frequentemente se observa anemia nesses pacientes. Sobre o tema, considere as seguintes afirmativas:

1. **TRALI (injúria pulmonar associada à transfusão), TRIM (imunomodulação associada à transfusão) e TACO (sobrecarga circulatória associada a transfusão) são complicações vistas após transfusão de hemocomponentes, porém com incidência progressivamente menor graças às novas técnicas vigentes no banco de sangue de preparo e conservação das bolsas.**
2. **Entre pacientes com contagem de reticulócitos corrigida (índice) acima de 2,5, os diagnósticos possíveis são hemorragia recente, hemólise intravascular e hemoglobinopatias.**
3. **A anemia normocítica e normocrômica é típica dos estados medulares hipoproliferativos como aplasia de medula, doença renal crônica e processos inflamatórios e o seu tratamento com eritropoietina não parece reduzir o número de transfusões, ficando seu uso restrito aos pacientes com insuficiência renal crônica e testemunhas de Jeová.**
4. **A profilaxia de úlcera de estresse é um item fundamental para todos os pacientes internados, praticamente resolvendo o principal motivo de perda de sangue e anemia após admissão na UTI (excluindo os pacientes admitidos por hemorragia).**

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 4 são verdadeiras.
- ▶ c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 3 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

45 - Diarreia induzida por antibióticos constitui um espectro de doença causado pelo *Clostridium difficile*, variando desde colonização assintomática até colite fulminante. Sobre o tema, assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Sintomas de dor tipo cólica, com até 30 evacuações diarreicas por dia e febre, levando à desidratação e distúrbios eletrolíticos, podem estar presentes com apenas 48 h de antibiótico, mas também até 8 semanas após o tratamento com antibiótico ser suspenso.
- b) A colite pseudomembranosa observada nas infecções por *Clostridium difficile* apresenta como fisiopatologia a resposta autoimune do hospedeiro pela reação cruzada, na mucosa intestinal, de anticorpos Ig-G contra as toxinas A ou B produzidas pela bactéria.
- c) A colonoscopia é o exame de escolha para diagnóstico de colite pseudomembranosa devido à segurança e rapidez do resultado, ao permitir a visualização direta de nódulos amarelados ou as clássicas placas, já notável em colón esquerdo se o diagnóstico estiver certo.
- d) A tomografia de abdome apresenta grande sensibilidade diagnóstica para colite pseudomembranosa, na qual observam-se alguns achados patognômicos presentes em até 60% dos casos, e exames em aparelhos modernos podem praticamente afastar o diagnóstico se normal.
- e) Como não existe resistência documentada dos *Clostridium* spp ao metronidazol, essa é a droga de escolha no tratamento das recorrências da colite, na dose de 500 mg EV 4x/d, mas resistência e recorrência são mais comuns com o tratamento com vancomicina VO, principalmente nos últimos 5 anos com o seu uso em diversas outras patologias.

46 - UM, 25 anos, é admitida no quarto por asma há 24 h. O time de resposta rápida foi chamado para essa paciente devido à queixa de dor no peito. Ao exame, observa-se SpO₂ de 89%; enquanto fazia inalação com 6 L/min de O₂ e beta2-agonista. A paciente estava afebril. Um teste de *peak-flow* demonstrou 40% do valor estimado; a enfermagem informou que a tiragem da paciente estava melhor, mas a FR ainda era de 32 ipm. Uma gasometria naquele instante demonstrou pH: 7,3 PaO₂: 60 mmHg, PaCO₂: 44 mmHg e SaO₂ de 91%. Com base nos achados acima, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta do time de resposta rápida.

- a) Solicitar um ECG de emergência e, se supra de ST, pedir um CAT; na ausência do supra de ST, iniciar rota 2 seriando enzimas cardíacas. A paciente deverá ser encaminhada para uma UCO assim que possível.
- b) Repetir a inalação com berotec 10 gts + atrovent 40 gts + SSI 3 mL novamente, manter com névoa 6 L/min após. Para controle da dor usar dipirona 1 g EV agora. O paciente pode ficar no quarto e o time voltará para reavaliar a paciente após 45 min.
- c) Iniciar algum benzodiazepínico de ação curta VO como alprazolam 0,5 mg visando acalmar a taquipneia da paciente secundária à provável ansiedade. Para controle da dor, usar paracetamol 500 mg com codeína 7,5 mg que inclusive auxiliará no controle da tosse.
- ▶ d) Transferir a paciente à UTI após conversar com os familiares sobre suspeita de fadiga respiratória e risco de parada iminente. Na UTI, iniciar suporte com VMNI alternado com inalações e corticoide, mas, se necessário, intubar e iniciar ventilação mecânica invasiva de suporte.
- e) Iniciar ceftriaxona 2 gr 1x/d EV + azitromicina 500 mg 1x/d VO, bolus de 500 mL de SSI EV e controle restrito dos dados vitais nas próximas 6 horas. Avisar o médico assistente da possibilidade de sepses e pedir para chamar novamente o time de resposta rápida se necessário.

47 - NNCB, 48 anos, masculino, sob tratamento de dor por litíase renal há 90 min no pronto-socorro, quando apresentou hipotensão, sendo manejado com 2000 mL de SSI em bolus. Ao ser reavaliado, apresentava Glasgow 15, colaborativo, PAM: 110x60 mmHg, P: 115 bpm, FR: 28 ipm, SaO₂: 94% com O₂ suplementar em névoa 5 L/min. Exames laboratoriais: lactato de 3,2 mmol/L. Ainda sem vaga na UTI, permaneceu no P.S., sendo reavaliado novamente 3h após como Glasgow 12, desorientado, PAM: 110x70 mmHg, P: 118 bpm, FR: 20 ipm, SaO₂: 92% com O₂ suplementar em névoa 10 L/min e lactato de 1,0 mmol/L. A gasometria arterial nesse segundo momento demonstrava pH: 7,20; PaO₂: 68 mmHg; PaCO₂: 62 mmHg; HCO₃: 25 mEq/L e SaO₂: 91%. Qual o distúrbio gasométrico identificado e o que ele representa?

- a) Acidose metabólica e provável insuficiência renal aguda.
- ▶ b) Acidose respiratória e provável fadiga ventilatória.
- c) Acidose metabólica e acidose respiratória e provável hiperclorêmia.
- d) Acidose respiratória e alcalose metabólica e provável congestão pulmonar.
- e) Acidose metabólica e alcalose respiratória e provável hiperventilação.

48 - VCR, sexo feminino, com 1,62 m de altura, 80 kg, tentando fazer regime, mas nega ter emagrecido até agora. História de internamento há 6 meses por pielonefrite calculosa, retorna agora ao P.S. com as mesmas queixas. Admitida no quarto, foi transferida para a UTI na mesma noite, após o time de resposta rápida optar por colocá-la sob VM invasiva ao responder o chamado de hipotensão e dispneia. Sem outras comorbidades, chega sedada e já em uso de antibiótico. Na admissão, gasometria pH: 7,35; PaO₂: 85 mmHg, PaCO₂: 52 mmHg, BIC: 27 mEq/L, SaO₂: 92%. O ventilador está no modo controlado a volume, com volume corrente: 480 mL, FR: 14 ipm, PEEP: 12 cmH₂O, FiO₂: 60%. Com esse ajuste, observa-se pressão de pico inspiratório: 45 cmH₂O, pressão de platô: 40 cmH₂O e não apresenta PEEP intrínseca. Assinale a alternativa que corresponde ao melhor ajuste do ventilador com base nas informações apresentadas.

- ▶ a) Reduzir o volume corrente para 360 mL e subir a frequência respiratória para 22 ipm.
- b) Reduzir a FiO₂ para 50% e subir a frequência respiratória para 20 ipm.
- c) Reduzir a PEEP para 8 cmH₂O e subir o volume corrente para 550 mL.
- d) Aumentar o fluxo inspiratório visando aumentar a relação I:E e reduzir a FiO₂ para 50%.
- e) Recrutamento alveolar seguido por aumento da PEEP para 15 cmH₂O e discutir prona.

49 - Em caso de suspeita de endocardite infecciosa aguda, considere as seguintes afirmativas:

1. Pelos critérios modificados de Duke, um paciente com hemocultura negativa, mas com ecocárdio mostrando trombo aderido à válvula tricúspide, usuário de drogas injetáveis, com febre e lesão pulmonar de aspecto embólico deve ser diagnosticado com endocardite definitiva.
2. A endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus* atinge principalmente a válvula mitral e aórtica, e o tratamento de escolha será ceftriaxona 2g 1x/d com gentamicina 3 mg/kg 1x/d por duas semanas.
3. O grupo HACEK compreende alguns bacilos gram negativos de crescimento lento, cujo crescimento lento poderia dificultar o diagnóstico final, mas técnicas modernas de hemocultura permitem sua identificação em torno de 5 dias; o tratamento de escolha será ceftriaxona 2g 1x/d por 4 semanas.
4. A endocardite do lado direito envolve principalmente a válvula tricúspide, apresenta incidência apenas um pouco inferior à endocardite esquerda (45%), mas com epidemiologia e evolução semelhante, exceto que mais de dois terços dos pacientes com lesão à direita terão alterações pulmonares vistas nos raios X de tórax; o tratamento de escolha usa oxacilina ou vancomicina ou daptomicina.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 4 é verdadeira.
- ▶ b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

50 - Em relação à febre e à hipertermia, considere as seguintes afirmativas:

1. Febre pode ser definida como uma elevação da temperatura corporal decorrente de processo infeccioso ou inflamatório, que ultrapassa a variação diária, assim, difere por definição da hipertermia, em que o aumento da temperatura não está relacionado à infecção, mas a outros mecanismos como a hemorragia intraventricular cerebral.
2. Na hipertermia, diferentes mecanismos atuam sobre o centro termorregulador no hipotálamo, forçando o corpo a gerar calor através da atividade metabólica dos músculos e do fígado, podendo, nesses casos, elevar a temperatura central facilmente a valores acima de 40 °C.
3. A síndrome neuroléptica maligna decorre do uso de neurolépticos ou suspensão súbita de dopaminérgicos gerando efeitos extrapiramidais, disautonomia e hipertermia devido a bloqueio dopaminérgico no hipotálamo, diferindo totalmente dos casos com hipertermia maligna, nos quais um defeito hereditário gera uma importante alteração no metabolismo muscular na presença de gatilhos como anestésicos inalatórios.
4. Nas estações muito quentes, indivíduos saudáveis muito jovens ou idosos, mesmo com esforço moderado, podem apresentar uma produção excessiva de calor levando à hipertermia, apesar dos mecanismos fisiológicos de proteção; o risco será ainda maior se ocorrer desidratação ou se essa pessoa estiver usando alguns fármacos com ação anticolinérgica.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- ▶ c) Somente as afirmativas 3 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.