



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Edital nº 70/2020-HC – Edital nº 68/2020-HT – Prova Objetiva – 06/12/2020



INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:		ORDEM

110 – Medicina Intensiva Áreas com Pré-Requisito

INSTRUÇÕES

- Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
- Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. Antes de iniciar a resolução das questões, confira a numeração de todas as páginas.
- A prova é composta de 50 questões objetivas.
- 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.
- A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
- 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.
- 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.
- Não será permitido ao candidato:
 - 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.
 - Usar boné, gorro, chapéu ou quaisquer outros acessórios que cubram as orelhas, ressalvado o disposto no item 4.3.3 do Edital.
 - Usar fone ou qualquer outro dispositivo no ouvido. O uso de tais dispositivos somente será permitido quando indicado para o atendimento especial.
 - Levar líquidos, exceto se a garrafa for transparente e sem rótulo.
 - Comunicar-se com outro candidato, usar calculadora e dispositivos similares, livros, anotações, régua de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
 - Portar carteira de documentos/dinheiro ou similares.
 - Usar óculos escuros, exceto quando autorizado por meio de solicitação de Atendimento Especial.
 - Emprestar ou tomar emprestados materiais para a realização das provas.
 - Ausentar-se da sala de provas sem o acompanhamento do fiscal, conforme estabelecido no item 7.11, nem antes do tempo mínimo de permanência estabelecido no item 7.14, ou ainda não permanecer na sala conforme estabelecido no item 7.15 do Edital.
 - 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.

- Será ainda excluído deste Processo Seletivo o candidato que:
 - Lançar mão de meios ilícitos para executar as provas.
 - Ausentar-se da sala de provas portando o cartão-resposta e/ou o caderno de prova, conforme os itens 7.14 e 7.16.b do Edital.
 - 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.
 - Não cumprir as instruções contidas no caderno de prova e no cartão-resposta.
 - Não permitir a coleta de sua assinatura.
 - Não se submeter ao sistema de identificação por digital e detecção de metal.
 - For surpreendido sem o correto uso de máscara (boca e nariz cobertos) durante o período de aplicação da prova.
- Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
- Após a entrega do material ao aplicador de prova, você deve dirigir-se imediatamente ao portão de saída e retirar-se do local de prova, sob pena de ser excluído do processo seletivo.
- Se desejar, anote as respostas no quadro disponível no verso desta folha, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

Conhecimentos
Específicos

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 - A respeito do diagnóstico e manejo de via aérea na emergência, considere as seguintes afirmativas:

1. O correto posicionamento do coxim atrás do pescoço e não no dorso ou na região occipital permite uma melhor visualização da via aérea e facilita a intubação.
2. Mallampati III e IV, diabetes e gestação próxima ao termo são importantes indicadores de risco de via aérea difícil.
3. Cormack-Lehane IV, distância tireoentoniana > 6 cm e palato ogival são indicadores de via aérea sem dificuldade na laringoscopia.
4. Traqueostomia é uma estratégia eficiente de manejo da via aérea na emergência.

Assinale a alternativa correta.

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

02 - A.F., 25 anos, com história de asma grave, está em acompanhamento com pneumologista há 3 anos. Ao exame, sedada, com extremidades frias e reenchimento capilar > 3s, PA 90x50 mmHg, FC 120 bpm (arritmico), T 37,1 °C, SpO₂ 90%, ausculta pulmonar com MV reduzido em todo o tórax e sibilos discretos. ECG com extrassístoles supraventriculares. Sob VM invasiva, modo VCV controlado, volume corrente 7 mL/kg de peso ideal, FR 22 ipm, PEEP 6 cmH₂O, FiO₂ 70% gerando uma relação I:E 1:1, pressão de pico inspiratório 45 cmH₂O e pressão de platô 30 cmH₂O. Capnografia com etCO₂ de 42 mmHg. Gasometria arterial com pH 7,25, pO₂ 56 mmHg, pCO₂ 70 mmHg, BIC 27 mEq/L, SaO₂ 89% e lactato 4,5 mmol/L. A proposta terapêutica inicial adequada para o caso é:

- a) trocar o modo de ventilação para PCV, com FR de 18 ipm, delta de pressão acima da PEEP de 20 cmH₂O, manter a relação I:E de 1:1 e bólus de solução cristalóide EV.
- b) manter o modo de ventilação, mas aumentar a FR para 25 ipm, iniciar corticoide EV associado com beta2-agonista SC.
- ▶ c) manter o modo de ventilação, mas aumentar a PEEP para 10 cmH₂O, reduzir a FR para 18 ipm e o volume corrente, com objetivo de alargar a relação I:E para 1:3.
- d) manter o modo de ventilação, mas iniciar noradrenalina EV, bloqueio neuromuscular e aumento da sedação.
- e) trocar o modo de ventilação para PCV, com FR de 28 ipm, delta de pressão acima da PEEP de 15 cmH₂O, ajustar a relação para I:2 e realizar a drenagem torácica imediata bilateral.

03 - I.K., 68 anos, CEO de uma multinacional, tabagista e hipertenso controlado, com história de dor retroesternal em aperto sem irradiação há 90 minutos, com início enquanto tomava café nesta manhã e resolução espontânea após 30 minutos. No momento, encontra-se assintomático, embora um pouco ansioso pelo ocorrido. Refere quadro semelhante há dois dias e informa que seu pai faleceu aos 58 anos por IAM nesse mesmo hospital. Encaminhado ao ECG 15 min após sua chegada, que apresentava P positiva em DII, DIII e AVL, com intervalos regulares e precedendo todos os QRS, eixo elétrico há 75 graus, QRS com 100 ms de duração, segmento ST com supradesnivelamento de 1 mm apenas em V1, ondas T assimétricas e positivas em todas as derivações. Dosagem sérica da troponina-I ultrassensível, 30 minutos após o ECG, apresenta valor de 0,3 ng/dL (0,05ng/dL corresponde ao 99º percentil). Na estratificação de risco, TIMI risk score = 4, TIMI risk index = 35, GRACE risk score = 117 pontos (probabilidade de óbito em 6 meses de 7%). A hemodinâmica está em manutenção e o serviço mais próximo fica a 6 horas de ambulância. Nesse contexto, a estratégia terapêutica é:

- a) iniciar oxigênio suplementar mesmo que SpO₂ acima de 92% em ar ambiente esteja associado a uma menor área de isquemia e um menor risco de arritmia maligna.
- b) evitar nitrato SL ou EV se houver suspeita de uso de inibidores de fosfodiesterase, mas iniciá-lo nos demais casos para confirmar o diagnóstico de angina de origem cardíaca, se ocorrer melhora da dor.
- ▶ c) evitar morfina EV para controle da dor sempre que possível, devido à sua interferência na ação de diferentes antiagregantes plaquetários.
- d) iniciar betabloqueador cardiosseletivo (paciente tabagista) precocemente, inclusive nos casos com taquicardia devido à insuficiência cardíaca.
- e) iniciar clopidogrel e evitar o ticagrelor ou o prasugrel, permitindo assim iniciar terapia trombolítica endovenosa imediatamente devido à indisponibilidade da hemodinâmica.

04 - Sobre investigação diagnóstica e tratamento de infecções em terapia intensiva, assinale a alternativa correta.

- a) Pacientes com pancreatite necrosante grave (> 80% de necrose do parênquima) devem receber antimicrobianos profiláticos, de preferência carbapenêmicos, por 7 dias, a partir do diagnóstico tomográfico da necrose.
- b) As equinocandinas devem ser utilizadas como primeira escolha no tratamento empírico de pacientes com choque séptico e risco para candidemia, sendo a micafungina a droga preferível em pacientes com insuficiência renal aguda.
- c) Uma estratégia possível para maximizar a exposição dos antimicrobianos é sua infusão prolongada ou contínua, opção com potencial benefício para betalactâmicos, quinolonas e aminoglicosídeos.
- ▶ d) Bacteremias por *Staphylococcus aureus* requerem tempo prolongado de tratamento, de pelo menos 14 dias, caso consideradas como não complicadas, o que inclui hemoculturas de controle negativas após início da terapia.
- e) Devido à elevada mortalidade, paciente com choque séptico secundário à pielonefrite, com obstrução ureteral por cálculo, precisa primeiro se estabilizar na UTI com o uso de antibióticos, drogas vasoativas e reposição de volume antes do procedimento cirúrgico.

05 - M.N., 62 anos, hipertenso, diabético e tabagista, com história de perda de força muscular à direita e confusão mental de início súbito há 5 horas. Agora, familiares referem que o paciente está mais calmo e com retorno dos movimentos do braço direito. Ao exame, Glasgow 14, PA 160/100 mmHg, FC 70 bpm, FR 15 ipm, T 36,2°C, SaO₂ 95% em ar ambiente, pares cranianos normais, exceto pela assimetria facial, hemianopsia homônima direita, FM grau IV em dimídio direito, grau V em dimídio esquerdo, tônus e reflexos diminuídos em dimídio direito e normais à esquerda, sensibilidade aparentemente preservada, mas com afasia mista. NIHSS 12. TAC de crânio de emergência sem contraste, apresenta sinais de perda da transição córtico medular em território ACM esquerda. ASPECTS 8. Ainda não está disponível a rotina laboratorial de triagem e familiares negam uso de anticoagulante ou disfunção renal prévia. De acordo com o caso, a proposta terapêutica inicial é:

- ▶ a) transferência para centro especializado em AVC (distante 20 min de ambulância nesse horário), para tentativa de trombectomia mecânica.
- b) alteplase 0,9 mg/kg, dose máxima de 90 mg; fazer 10% em 2 min e o restante em 60 min, não sendo necessário aguardar o resultado dos exames de triagem.
- c) jejum até avaliação pela fonoterapeuta, enalapril 10 mg 2x/dia, hidroclorotiazida 25 mg 1x/d e AAS 300 mg (todos com início imediato).
- d) insulina regular 100U em SG5% 100 mL; manter em bomba infusora EV, visando ao controle restrito da glicemia entre 80 e 130 mg/dL.
- e) internamento em unidade de reabilitação, para assistência com fonoterapia, fisioterapia motora e respiratória precoce.

06 - Sobre a síndrome de realimentação (*re-feeding*), considere as seguintes afirmativas:

1. Essa síndrome se caracteriza pela presença de hipofosfatemia e outros distúrbios eletrolíticos nas primeiras 72 h após o início da terapia nutricional.
2. A demora da terapia nutricional em atingir meta calórico-proteica constitui um importante gatilho para o início dos sintomas.
3. O *re-feeding* é mais frequente com a rota parenteral (NPT) de suporte nutricional do que com o suporte enteral.
4. Idade > 70 anos, IMC baixo, jejum prolongado, etilismo e dosagem já baixa de eletrólitos antes do início da terapia nutricional são fatores de risco para a síndrome.

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.

07 - Entre os diagnósticos listados abaixo, a causa mais provável de uma hipoxemia com diferença alvéolo-arterial de oxigênio normal é:

- ▶ a) síndrome de Guillain-Barré.
- b) síndrome de Mendelson.
- c) tromboembolismo pulmonar.
- d) COVID-19.
- e) emergência hipertensiva.

08 - U.M., 55 anos, nega comorbidades prévias, refere apresentar diarreia há 3 dias, com 3 evacuações líquidas por dia, sem sangue ou muco. Apresenta queixa de palpitação, tontura e dor em aperto retrosternal, sem irradiação. ECG de emergência apresenta taquiarritmia atrioventricular com QRS apresentando 100 ms e FC regular de 150 bpm. Ao exame clínico, apresenta perfusão distal normal e PAM normal e SpO₂ de 91% em ar ambiente. A proposta terapêutica inicial adequada ao caso é:

- a) solução cristalóide 1000 mL bólus para correção de possível desidratação.
- b) cateterismo cardíaco de emergência em rota 1.
- ▶ c) manobra vagal (MV) imediata, seguida de adenosina 6 mg EV bólus se a MV não for efetiva.
- d) amiodarona 1200 mg EV diluído em solução cristalóide em bomba infusora ao longo de 24 h.
- e) sulfato de magnésio (Mg) 1 g EV ao longo de 15 min, seguido de desfibrilação cardíaca se o Mg não for efetivo.

09 - N.N., 28 anos, sem comorbidades, com história de acidente de parapente com politrauma grave. Ao exame, Glasgow 5, anisocoria com midriase à esquerda, PA 85x40 mmHg, FC 128 bpm, FR 25 ipm, T 37,2 °C e SpO₂ 87%. A proposta terapêutica inicial adequada ao caso é:

- a) punção de 2 acessos venosos calibrosos, infusão de 2000 mL de ringer EV em bólus e hemoderivados 1:1:1.
- ▶ b) abertura das vias aéreas, intubação orotraqueal, punção de 2 acessos calibrosos e iniciar 2000 mL de ringer EV em bólus.
- c) O₂ em névoa, punção de 2 acessos calibrosos, iniciar 2000 mL de ringer EV em bólus e TAC de crânio de emergência.
- d) intubação orotraqueal, drenagem de torác bilaterais e TAC de crânio de emergência.
- e) intubação orotraqueal, TAC de crânio de emergência e avisar o neurocirurgião de plantão.

10 - Em relação às infecções por *Cândida* sp., assinale a alternativa correta.

- a) A presença de *Cândida* sp. em secreções respiratórias indica infecção pulmonar, sendo recomendado seu tratamento inicial com uma equinocandina.
- b) O fluconazol pode ser indicado como terapia inicial nos casos com candidemia por *Cândida albicans*, *krusei* ou *glabrata* devido à sua alta sensibilidade aos azólicos.
- c) A infecção do trato urinário por *Cândida* sp. deve ser tratada devido ao alto risco de candidíase invasiva, particularmente se o paciente for submetido à manipulação urológica.
- d) A principal fonte de candidemia em ambiente hospitalar é a transmissão cruzada entre pacientes por meio da precária higiene de mãos dos profissionais de saúde.
- ▶ e) Nos casos graves com candidemia, uma equinocandina é recomendada como terapia inicial associada com a retirada ou troca do acesso venoso central se presente.

**** 11 - A proposta terapêutica inicial da encefalopatia hepática é feita por meio:**

- a) do controle dos principais fatores precipitantes, usando principalmente dieta com restrição de proteínas, sedativos ansiolíticos, diuréticos de alça e antibióticos.
- ▶ b) da diminuição da absorção intestinal de amônia com lactulose devido principalmente ao seu efeito catártico, que pode ser potencializado com o uso de antibióticos orais, como o metronidazol.
- c) da correção da hipopotassemia, usualmente com alcalose metabólica, para facilitar a excreção renal de amônia e dificultar sua passagem pela barreira hematoencefálica.
- d) da alteração da flora colônica, evitando derivados do leite e reduzindo a presença de lactobacilos ácidos, como a *Lactobacilli* e a *Bifidobacterium*, por meio do uso de antibióticos orais.
- e) da realização de derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS), na falha do tratamento clínico otimizado.

12 - Em 2016, uma força-tarefa propôs uma nova definição de sepse e choque séptico com base em avanços científicos mais recentes e uma grande base de dados com pacientes críticos. Essa definição foi publicada como o terceiro consenso em sepse (sepse-3). Conforme esse consenso, a definição correta para sepse ou choque séptico é:

- a) sepse: infecção confirmada por hemocultura, com um aumento agudo do escore SOFA de dois ou mais pontos, com ou sem disfunção orgânica associada.
- ▶ b) choque séptico: sepse com lactato maior que 2 mmol/L (18 mg/dL) e necessidade de droga vasoativa para manter PAM maior ou igual a 65 mmHg após adequada ressuscitação volêmica.
- c) sepse: infecção suspeita ou confirmada, com dois ou mais critérios de SIRS ou dois ou mais critérios do qSOFA.
- d) choque séptico: sepse com necessidade de droga vasoativa para manter PAM maior ou igual a 65mmHg ou se lactato maior que 2 mmol/L (18 mg/dL) ou se hipotensão não responsiva ao bólus de 30 mL/kg de cristalóide.
- e) sepse: infecção suspeita, com necessidade de droga vasoativa para manter PAM maior ou igual a 65 mmHg ou se hipotensão não responsiva à adequada ressuscitação volêmica.

13 - A.R., 32 anos, com história de DM tipo I com bom controle, procurou pronto-socorro com queixa de dispneia e fadiga de início súbito, associadas com ansiedade e irritabilidade. Refere estar amamentando criança de 5 meses e que vem dormindo mal há algumas noites, que o parto foi normal, apenas com sangramento um pouco acima do esperado pela equipe médica, mas sem outras intercorrências. Ao exame, apresenta FC 130 bpm, PA 100x60 mmHg, T 37,4 °C, FR 18 ipm, dor leve à palpação de epigástrio. ECG apresenta P positiva em D1, D2 e AVL, mas negativa em AVR, com intervalo PR de 140 ms, precedendo cada QRS com 100 ms de duração e com R simétrico em tamanho com S em V4, seguido de T assimétrica e positiva em todas as derivações, exceto D3, AVR e V1. Exames complementares apresentavam raios X de tórax sem particularidades, hemograma com Hb 7,4 mg/dL, VG 22%, leucócitos 14200/mm³, neutrófilos 9800/mm³, bastões 10%, plaquetas 210.000/mm³, fibrinogênio 350 mg/dL, ferritina 25 ng/mL, TAP com RNI 1,1, proteína C reativa 40 mg/L, procalcitonina 0,3 ng/mL, dímero-d 150 ng/mL, TSH 0,03 mU/L, T4 livre 4,0 ng/dL, tireoglobulina 150 ng/mL, troponina-I (1ª amostra) 0,07 ng/mL, troponina-I (2ª amostra 3h após) 0,06 ng/mL (0,05 ng/dL corresponde ao 99º percentil). Com base nos dados apresentados, o diagnóstico principal mais provável é:

- a) anemia normocrômica normocítica.
- b) tromboembolismo pulmonar.
- c) sepse com possível foco abdominal.
- ▶ d) tireoidite autoimune.
- e) taquiarritmia atrioventricular de QRS estreito.

14 - Quanto ao manejo nas primeiras 24 horas de pós-operatório, considere as seguintes ações:

1. Usar a sonda nasogástrica quando necessário, para iniciar precocemente a alimentação via enteral, mas não aferir regularmente a presença de estase gástrica.
2. Evitar hipotermia, mesmo leve, para reduzir as complicações pós-operatórias, como sangramentos e infecções de ferida operatória.
3. Utilizar opioide endovenoso para controle da dor importante, evitando o uso de anti-inflamatórios nesse período.
4. Aguardar a presença de ruídos hidroaéreos e eliminação de flatos para definir o início da dieta enteral/via oral na presença de estabilidade hemodinâmica.

É/São ação(ões) de manejo nas primeiras 24 horas de pós-operatório, com base nos projetos *Acerto* e *Enhanced Recovery After Surgery*:

- a) 4 apenas.
- ▶ b) 1 e 2 apenas.
- c) 3 e 4 apenas.
- d) 1, 2 e 3 apenas.
- e) 1, 2, 3 e 4.

** Questão com resposta alterada.

15 - A ciclagem nos modos assisto-controlado a volume (VCV), assisto-controlado a pressão (PCV) e espontânea em pressão de suporte (PSV) depende, respectivamente, de quais parâmetros?

- ▶ a) Volume inspirado, tempo inspiratório e fluxo inspiratório.
- b) Relação I:E, fluxo inspiratório e pressão de pico.
- c) Tempo inspiratório, pressão de pico e relação I:E.
- d) Pressão de pico, relação I:E e volume inspirado.
- e) Fluxo inspiratório, volume inspirado e tempo inspiratório.

*** 16 - Quanto ao tratamento da hemorragia digestiva alta por varizes de esôfago em pacientes com hipertensão portal, assinale a alternativa correta.**

- a) Pacientes sem ascite não necessitam de profilaxia de infecção com quinolona ou ceftriaxona, devido ao baixo risco de peritonite bacteriana espontânea.
- b) A vasopressina, somatostatina ou seus análogos estão associados a uma menor mortalidade e um melhor controle do sangramento associado ao procedimento mecânico endoscópico, sendo a terlipressina a escolha mais efetiva.
- c) A escleroterapia apresenta melhores resultados que a ligadura elástica devido à chance dos elásticos se soltarem alguns dias após o procedimento, levando a ressangramento.
- d) Na falha das estratégias mecânicas, a derivação portossistêmica intra-hepática transjugular (TIPS) é uma alternativa nos pacientes com hipertensão pulmonar ou insuficiência cardíaca congestiva.
- e) Para a correta hemostasia com o cateter de Sengstaken-Blakemore, deve-se manter o balão gástrico com 400 mL de volume em ar e a pressão do balão esofágico constante em 40 mmHg no período de 36 a 48 horas.

17 - Os sinais típicos de intoxicação por fentanil são:

- a) sonolência, sudorese e hipertensão.
- b) fraqueza muscular, bradicardia e sialorreia.
- c) delírio, convulsões e taquicardia.
- d) febre, hiperpneia e midríase.
- ▶ e) tórax rígido, apneia e miose.

18 - Qual dos antibióticos abaixo apresenta cobertura adequada nas infecções por *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina (MRSA)?

- ▶ a) Clindamicina no tratamento de infecções comunitárias de pele e partes moles.
- b) Linezolida no tratamento de sepses por cateter venoso central.
- c) Tigeciclina no tratamento de pé diabético.
- d) Cefepime no tratamento de meningite.
- e) Daptomicina no tratamento de pneumonias nosocomiais.

19 - A.A., 16 anos, sem comorbidades, apresenta história de dor abdominal há 24 h com piora recente. Familiares atribuem a piora a possível intoxicação alimentar durante a festa de aniversário de um colega na escola: "Foi em uma chácara, estava muito calor, eles jogaram futebol a tarde toda, comeram e beberam muito" (bolo, salgados e refrigerante, nada alcoólico). Ao exame, colaborativo com queixa de dor abdominal em mesogástrio, com piora à palpação profunda, mas sem piora à descompressão brusca, RHA presentes, refere estar em jejum desde ontem, por enjoo, conseguindo beber apenas água. Evacuoou normalmente hoje cedo e nega diarreia. PA 100x60 mmHg, FC 115 bpm, T 36,2 °C, FR 30 ipm e SpO₂ 98% em ar ambiente. Laboratório apresenta hemograma com Hb 13,5 g/dL, VG 40%, leucócitos 15200/mm³, neutrófilos 10100/mm³, bastões de 7%, sódio 138 mEq/L, potássio 3,6 mEq/L, creatinina 0,7 mg/dL, ureia 25 mg/dL, glicose 155 mg/dL, proteína C reativa 10 ng/L e gasometria com pH 7,05, pO₂ 75 mmHg, pCO₂ 15 mmHg, BIC 6 mEq/L, SaO₂ 96% e lactato 1,5 mmol/L. Qual é a proposta terapêutica inicial adequada para o caso?

- a) Jejum, tomografar com contraste o abdome, avisar equipe cirúrgica de plantão, ceftriaxona 2 g EV 1x/d e metronidazol 500 mg 3x/d (iniciar ambos imediatamente após coleta de hemoculturas).
- b) Jejum, passar sonda nasogástrica e retornar à dieta quando débito abaixo de 200 mL, iniciar insulina regular SC conforme dextro (glucometer) 4/4 horas, solução cristalóide EV lento ao longo de 24 horas.
- ▶ c) Solução cristalóide EV para reidratação, repor potássio sérico, iniciar insulina regular em bomba infusora contínua e não suspender a infusão de insulina se glicose abaixo de 100 mg/dL, preferindo aumentar o aporte calórico, EV ou VO conforme aceitação.
- d) Solução isotônica de bicarbonato com controle seriado pela gasometria, liberar dieta com restrição de carboidratos, iniciar insulina regular em bomba infusora se dextro acima de 140 mg/dL.
- e) Dieta com restrição de carboidratos, tomografar com contraste o abdome e coletar hemoculturas, iniciar ciprofloxacino 500 mg EV 1x/d e insulina regular conforme dextro 4/4 horas.

20 - Sobre os cuidados de pacientes com queimaduras de 2º e 3º graus em 20% da superfície corporal, é correto afirmar:

- a) Esses pacientes podem ser atendidos em hospitais sem um centro especializado para queimados.
- b) A ressecção das áreas necróticas infectadas deve ser postergada até sua delimitação completa por meio de curativos diários e antibiótico sistêmico.
- c) O ambiente precisa ser mantido bem ventilado e refrigerado e o paciente coberto com lençóis leves e trocados regularmente.
- ▶ d) A dieta enteral deve ser iniciada preferencialmente nas primeiras 24 horas.
- e) No cálculo para reposição de fluidos, o extenso volume diário pode ser reduzido em até 25% com o uso associado de colóides como a albumina.

*** Questão anulada, portanto todos os candidatos serão pontuados.**

21 - U.F., 78 anos, apresenta história de dois episódios de síncope, uma vez em casa e outra vez no pronto-socorro. Ao exame, PA 80x40 mmHg, FC 40 bpm, T 35,8 °C, FR 18 ipm, SpO₂ de 92% em ar ambiente. No momento, está colaborativo sem qualquer déficit neurológico focal. ECG apresenta onda P precedendo QRS com intervalo fixo de 0,15 seg, mas ritmo irregular com algumas ondas P não precedendo o QRS, o qual apresenta duração de 110 ms, eixo de 60 graus, seguido de T assimétricas e positivas em todas as derivações, segmento ST sem desnivelamento. Conforme diretrizes do ACLS, qual é a estratégia inicial de tratamento para esse caso?

- a) Passagem de marcapasso transcutâneo ou transvenoso de emergência.
- ▶ b) Atropina 0,5 mg EV.
- c) Dobutamina 10 mcg/kg/min EV em bomba infusora.
- d) Aminofilina 0,15 mg/kg/h EV em bomba infusora.
- e) Solução cristalóide 500 mL EV em bólus.

22 - Pacientes em terapia intensiva geralmente demandam diversos dispositivos invasivos para suporte de vida, os quais podem propiciar infecções associadas à assistência (IRAS). A respeito do assunto, considere as seguintes práticas:

1. Traqueostomia precoce – prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV).
2. Troca de sonda vesical de demora a cada 14 dias – prevenção de infecção urinária associada à cateterismo vesical (ITU-AC).
3. Barreira máxima estéril no momento do procedimento, o que inclui utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés) – prevenção de Infecção de corrente sanguínea relacionada à cateter (IPCSL-CVC).
4. Aspiração de secreção subglótica – prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV).

É/São prática(s) recomendada(s) como medida(s) de prevenção de IRAS:

- a) 1 apenas.
- b) 1 e 2 apenas.
- ▶ c) 3 e 4 apenas.
- d) 2, 3 e 4 apenas.
- e) 1, 2, 3 e 4.

23 - Qual é o principal diagnóstico associado à dosagem sérica da colinesterase anormalmente baixa?

- a) Intoxicação por paraquat.
- b) Miastenia gravis.
- c) Pancreatite aguda biliar.
- ▶ d) Intoxicação por organofosforados.
- e) COVID-19.

24 - N.V., 58 anos, DPOC tabágico e dislipidêmico, apresenta história de exacerbação aguda do DPOC, com internamento 30 dias atrás pelo mesmo problema. Ao exame, apresenta-se confuso, PA 160x60 mmHg, FC 125 bpm, T 36,7 °C, FR 30 ipm e SpO₂ 90% com cateter nasal 2 L/min, presença de tiragem intercostal, uso de musculatura acessória, com um afundamento do abdome durante o esforço inspiratório, mas ausculta com MV diminuído difuso sem sibilos audíveis. Segundo familiar, o paciente é pouco aderente ao uso das bombinhas de corticoide e beta2-agonista de longa ação. A partir do caso, uma proposta terapêutica inicial adequada é:

- ▶ a) suporte com ventilação mecânica invasiva devido aos sinais de parada respiratória iminente.
- b) suporte com ventilação mecânica não invasiva com progressão para intubação, apenas se o paciente apresentar hipoxemia sintomática e refratária.
- c) suporte com ventilação mecânica invasiva evitado ao máximo nesse contexto, por meio do uso de corticoide endovenoso e várias inalacões com beta2-agonista e anticolinérgicos.
- d) transferência para UTI e fisioterapia motora e respiratória intensiva, uso de corticoide endovenoso e beta2-agonista SC.
- e) manejo no pronto-socorro sem plano de internação; a anamnese e exame físico denotam exacerbação leve a moderada do DPOC.

25 - Y.Y., 68 anos, porte atlético, com aproximadamente 70 kg, sem comorbidades, com história de dor em hipocôndrio direito há 12 horas, tipo cólica, associada com enjojo e febre. Ao exame, escleras ictericas, PAM 90x60 mmHg, FC 105 bpm, FR 30ipm, T 38,1 °C, SpO₂ 80% em ar ambiente. Optou-se pelo uso de máscara com reservatório com fluxo de O₂ de 10 L/min, mas o paciente evoluiu com piora da consciência e da perfusão distal, sendo necessário realizar intubação e iniciar suporte em VM invasiva, modo PCV. Nesse contexto, quais são os parâmetros a serem ajustados no equipamento de ventilação mecânica?

- a) Volume corrente 450 mL, fluxo inspiratório máximo 55L/min, frequência respiratória 20 ipm, PEEP 7 cmH₂O e FiO₂ 100%.
- ▶ b) Pressão inspiratória 12 cmH₂O acima da PEEP, PEEP 7 cmH₂O, tempo inspiratória 0,75 s, frequência respiratória 20 ipm e FiO₂ 100%.
- c) Pressão inspiratória 15 cmH₂O acima da PEEP, PEEP 12 cmH₂O, *rise time* (tempo de rampa) 0,1 s (10%), frequência respiratória 16 ipm e FiO₂ 100%.
- d) Volume corrente 550 mL, tempo inspiratório 0,75 s, frequência respiratória 16 ipm e FiO₂ 100%.
- e) Pressão inspiratória 12 cmH₂O, volume corrente 550 mL, frequência respiratória 16 ipm, PEEP 7 cmH₂O e FiO₂ 100%.

26 - No que diz respeito ao tratamento da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, assinale a alternativa correta.

- a) O uso de sacubitril-valsartan em doses crescentes está indicado nos casos com PA sistólica abaixo de 100 mmHg e intolerantes a diuréticos de alça.
- b) Os bloqueadores do receptor da angiotensina isolados podem ser uma alternativa na intolerância aos inibidores da ECA devido à piora da função renal e hipercalemia.
- c) Os inibidores da ECA geram um aumento dos receptores ACE2 usados pelo SARS-CoV-2, sendo importante sua troca por outras estratégias terapêuticas no período da pandemia por COVID-19.
- ▶ d) A combinação de hidralazina com nitrato é uma alternativa para o paciente intolerante às estratégias de bloqueio do sistema renina-angiotensina e com PA sistólica acima de 100 mmHg.
- e) Os betabloqueadores são indicados precocemente e em doses crescentes até atingir a dose ideal em poucos dias no paciente com ascite e edema periférico persistente.

27 - U.Y., 35 anos, tabagista, sem outras comorbidades, esposa de microempresário falido durante a pandemia por COVID-19, foi admitida no P.S. com a história de ter encontrado o esposo inconsciente no carro, com motor ligado, com portas e janelas da garagem fechadas. Quando o SAMU chegou para assistência, o empresário já estava morto. Ao exame, a paciente apresenta ansiedade importante, mostra-se um pouco confusa e desorientada, refere cefaleia intensa. PA 130x90 mmHg, FC 115 bpm, T 35,7 °C, FR 30 ipm, SpO₂ de 98% em ar ambiente. Manejada com alprazolam 0,5 mg VO, permaneceu no P.S. enquanto aguardava a vinda dos familiares, quando subitamente evoluiu com perda de consciência e crise convulsiva generalizada tônico-clônica, a qual foi manejada com diazepam 10 mg EV, intubação orotraqueal e suporte em VM invasiva, modo VCV, Vc 450 mL, FR 24 ipm, PEEP 7 cmH₂O, FiO₂ de 0,25. O neurologista de plantão solicitou TAC de crânio de emergência, a qual foi normal e sem particularidades. Laboratório coletado de emergência apresenta hemograma com Hb 9,5 g/dL, VG 30%, leucócitos 12000/mm³, neutrófilos 9100/mm³, bastões de 5%, sódio 145 mEq/L, potássio 4,5 mEq/L, creatinina 0,7 mg/dL, ureia 25 mg/dL, glicose 110 mg/dL, proteína C reativa 10 ng/L, gasometria pH 7,2, pO₂ 40 mmHg, pCO₂ 25 mmHg, BIC 20 mEq/L, SO₂ 98%, lactato 5,0 mmol/L (45 mg/dL). Qual é a proposta terapêutica inicial adequada ao caso?

- a) Realizar punção liquórica e iniciar empiricamente ceftriaxona 2g 2x/d EV.
- b) Fazer fenitoína 250 mg 5 amp. EV sem diluir, 1 mL/min e solicitar o EEG.
- c) Iniciar nimodipina 30 mg 2 cp. via SNG 4/4h e solicitar angiografia cerebral.
- d) Coletar amostra de sangue para pesquisa toxicológica e iniciar flumazenil 0,1 mg, naloxene 0,4 mg e tiamina 100 mg EV.
- ▶ e) Ajustar FiO₂ da ventilação mecânica invasiva para 100% e manter os demais parâmetros.

28 - R.T., 65 anos, com história de doença de Alzheimer, sem outras comorbidades, faz uso de donepezil 10 mg/d, memantina 14 mg/d e haloperidol 5 mg à noite para controle de agitação. Familiares referem tosse com expectoração há 7 dias, associada com piora do estado geral e febre, sendo iniciado levofloxacino 750 mg/d há 4 dias pelo geriatra responsável. Exames coletados em casa apresentam hemograma com Hb 9,5 mg/dL, VG 30%, leucócitos 15500/mm³, neutrófilos 12300/mm³, bastões 10%, plaquetas 180.000/mm³, creatinina 1,2 mg/dL, sódio 155 mEq/L, potássio 3,0 mEq/L, magnésio 2,0 mg/dL, ureia 50 mg/dL, proteína C reativa 100 mg/L. Familiares procuraram o P.S. após o paciente apresentar perda de consciência em casa com recuperação espontânea. Ao exame, o paciente está torporoso, não responde a estímulo doloroso, PA 70x30 mmHg, FC 170 bpm, FR 20 ipm, T 36,1 °C. ECG apresenta taquicardia, com ritmo irregular e QRS com morfologia variável em todos as derivações. Uma proposta terapêutica inicial adequada ao caso é:

- ▶ a) desfibrilação cardíaca (não sincronizada) imediata, associada com sulfato de magnésio 1 g ao longo de 20 min EV.
- b) bólus de 1000 mL de solução cristalóide, associado com ceftriaxona 2 g e azitromicina 500 mg EV.
- c) amiodarona 600 mg ao longo de 20 min EV, associada com dose complementar de 900 mg ao longo de 24 h.
- d) suporte em ventilação mecânica invasiva, modo VCV, Vc 450 mL, PEEP 12 cmH₂O e FiO₂ de 1, associado com TAC de crânio.
- e) norepinefrina 0,1 mcg/kg/h em bomba infusora em acesso periférico, associada com punção de acesso central.

29 - E.K., 25 anos, modelo profissional, é muito alta e muito magra. Tabagista moderada, embora tenha se controlado significativamente durante a gestação, já com 39 semanas. História de ter iniciado com trabalho de parto hoje pela manhã, o qual foi realizado na água (parto normal em banheira com água aquecida) a pedido da gestante. Quem assistiu definiu o procedimento como muito doloroso e demorado, mas ao final mãe e filho estavam bem e contentes. Trinta minutos após, enquanto descansava com o bebê ao seio, refere dispneia progressiva e dificuldade para permanecer deitada. Quando o TRR chegou no quarto, a paciente estava pálida e muito dispneica, PA 70x30 mmHg, FC 130 bpm, T 36,2 °C, FR 30 ipm, SpO₂ 80% com névoa 10 L/min. Ultrassom de cava inferior apresenta ausência de variabilidade com a respiração, visualmente a função cardíaca parece normal. Na área pulmonar à direita não foi visualizado deslizamento pleural ou linhas B, com um ponto pulmonar bem visível. Na área pulmonar à esquerda foi observado deslizamento pleural, ao menos duas linhas B por campo e nenhum ponto pulmonar. Uma proposta terapêutica inicial adequada ao caso é:

- a) iniciar VM não invasiva, BiPAP, Pi 15 cmH₂O, PEEP 8 cmH₂O, FiO₂ de 1 e solicitar raios X de tórax.
- b) iniciar clexane 80 mg 2x/d e solicitar angiotomografia de tórax.
- ▶ c) manter com névoa 10 L/min e colocar dreno de tórax à direita.
- d) trocar a névoa por sistema venturi e drenar por punção (agulha em selo d'água) o hemitórax esquerdo.
- e) intubar orotraqueal, com suporte em VM invasiva, modo PCV, Vc 500 mL, FR 24 ipm, PEEP 8 cmH₂O, FiO₂ de 1 e iniciar ceftriaxona 2 g EV e clindamicina 500 mg 8/8 horas.

30 - A síndrome de lise tumoral, que pode ocorrer após início da quimioterapia devido à grande destruição de células neoplásicas, caracteriza-se pelas seguintes alterações metabólicas:

- a) hipocalcemia, hipofosfatemia, hiponatremia e hipopotassemia.
- ▶ b) hipocalcemia, hiperfosfatemia, hiperpotassemia e hiperurecemia.
- c) hipercalcemia, hipofosfatemia, hipopotassemia e hipoureecemia.
- d) hipercalcemia, hiperfosfatemia, hipernatremia e hiperurecemia.
- e) hipocalcemia, hipofosfatemia, hipopotassemia e hipoureecemia.

31 - Onde mais frequentemente observa-se acidose metabólica com ânion gap normal?

- a) Cetoacidose diabética.
- b) Choque séptico.
- c) Ingestão de metanol.
- d) Intoxicação por aspirina.
- ▶ e) Implante ureteral no cólon.

32 - Sobre as evidências coletadas durante os primeiros 9 meses da pandemia pelo SARS-CoV-2 em 2020, considere as seguintes afirmativas:

1. No estudo RECOVERY, o uso de dexametasona 6 mg/dia por 10 dias está associado à redução na mortalidade em 28 dias para todos os pacientes com diagnóstico de COVID-19.
2. Entre os pacientes que não receberam precocemente hidroxicloroquina, a grande maioria evoluiu com “hipoxemia feliz” e aproximadamente 40% necessitou em algum momento de internamento.
3. Para evitar tromboembolismo pulmonar, os pacientes internados em UTI sob VM invasiva devem receber anticoagulação plena logo após a intubação, a qual precisa ser mantida por até 3 meses.
4. Injúria endotelial grave, com presença intracelular do vírus, microtromboses e microangiopatia são características histológicas observadas nos pulmões afetados.

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.

33 - L.L., 45 anos, é transplantada renal há 3 anos. História de gastroenterite após passeio em hotel fazenda por 5 dias há 2 semanas, com resolução espontânea. Atualmente, queixa-se de cefaleia intensa, principalmente ao movimentar o pescoço para os lados, associada com alteração da marcha como se estivesse bêbada. Ao exame, apresenta PA 130x70 mmHg, FC 105 bpm, FR 14 ipm, T 38,2 °C e SpO₂ 98% em ar ambiente, rigidez de nuca, sinais de Kernig e Brudzinski presentes. Optou-se pela coleta de liquor, o qual apresentava 2000 hemácias, 400 leucócitos com 50% de neutrófilos, 50% de linfócitos, proteína de 90 mg/dL, glicose de 35 mg/dL e lactato 3 mmol/L, sendo descrito acidente de punção. No gram foram visualizados cocobacilos frequentes nessa amostra. As pressões de abertura e fechamento não foram aferidas. Uma proposta terapêutica inicial adequada ao caso é:

- a) iniciar dexametasona 10 mg 4x/dia EV e repetir a coleta do liquor devido ao acidente de punção com contaminação da amostra.
- b) iniciar imediatamente dexametasona 10 mg 4x/dia EV e, minutos depois, ceftriaxona 2 g 2x/dia.
- c) iniciar imediatamente dexametasona 10 mg 4x/dia EV, e, ao menos duas horas depois, iniciar meropenem 2 g EV 2x/dia.
- ▶ d) iniciar imediatamente ampicilina 2 g 6x/d EV, sem iniciar dexametasona, podendo associar gentamicina 5 mg/kg nos primeiros dias.
- e) iniciar imediatamente cefepime 2 g 3x/dia, sem iniciar dexametasona, podendo associar metronidazol 500 mg 3x/dia EV.

34 - Sobre as diretrizes para reanimação cardiopulmonar (RCP) e atendimento cardiovascular de emergência (ACE) segundo a *American Heart Association (ACLS)*, considere as seguintes afirmativas:

1. Uma manobra adequada apresenta relação entre compressão e ventilação de 30:2, com ventilações rigorosas e com dois a três segundos de duração.
2. Compressões torácicas com mais de 6 cm de profundidade e com frequência acima de 120/min devem ser mantidas, e as interrupções, minimizadas.
3. CO₂ expirado pelo tubo endotraqueal maior que 10 mmHg, com aumento progressivo nesse valor, é um importante indicador de efetividade da manobra de RCP.
4. Toda medicação passível de ser aplicada por via endovenosa poderá também ser usada pela via intraóssea de forma segura e igualmente eficaz.

Assinale a alternativa correta.

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

35 - L.O., 45 anos, história de palpitação e “batidas no pescoço” com início há 45 min. Nega outras comorbidades ou evento semelhante no passado. Ao exame, apresenta PA 115x70 mmHg, FC = 125 bpm (irregular), T = 36,5 °C, FR = 16 ipm, Glasgow 15, colaborativo, SpO₂ = 95% em ar ambiente e nega dor. ECG com QRS irregular monomórfico com duração de 0,16 ms, onda P não visualizada. Conforme diretrizes do ACLS, qual é a estratégia inicial de tratamento para esse caso?

- a) Metoprolol 5 mg EV, podendo repetir outros 5 mg após 20 min.
- b) Verapamil 10 mg EV ao longo de 2 min, podendo repetir outros 10 mg após 30 min.
- c) Digoxina 0,5 mg EV lento, com doses repetidas de 0,25 mg até o máximo de 1,5 mg no dia.
- ▶ d) Procainamida 25 mg/min EV até controle da arritmia até o máximo de 17 mg/kg.
- e) Cardioversão elétrica (sincronizada) com 100 J.

36 - U.T., 55 anos, tabagista de longa data, sem outras comorbidades, refere dor retroesternal tipo queimação, com irradiação para o epigástrico e início ao repouso há 40 min, com piora após o uso de AINE. Encaminhado para ECG em menos de 5 min, o qual demonstrou onda Q e elevação do segmento ST em DII, DIII e AVF de 4 mm, com depleção desse segmento em DI e AVL de 2 mm. Ritmo sinusal com FC de 105 bpm. Optou-se por fazer AAS 325 mg VO, nitroglicerina 0,4 mg SL. O hemodinamicista foi avisado e relatou conseguir chegar ao hospital e estar pronto para o procedimento após 40 min. Enquanto aguarda o procedimento, o paciente apresenta hipotensão arterial e palidez de extremidades, sem outros sinais ou sintomas, embora ainda com dor precordial. Novo ECG apresenta achados semelhantes ao anterior. Uma proposta terapêutica inicial adequada antes da chegada do hemodinamicista é:

- a) iniciar terapia trombolítica EV imediatamente, repetir o nitrato 0,4 mg a cada 5 min 3 vezes ou até alívio da dor.
- b) solicitar endoscopia digestiva alta de emergência, tipagem sanguínea e iniciar pantoprazol 40 mg EV 12/12h, com bólus de 500 mL de cristalóide EV.
- c) solicitar TAC de tórax para avaliar possíveis diagnósticos diferenciais, como pneumotórax, TEP e dissecação de aorta, e fazer morfina 2 mg EV para controle da dor.
- ▶ d) suspender próximas doses de nitrato apesar da dor, fazer morfina 2 mg EV, bólus de 500 mL de cristalóide EV.
- e) iniciar norepinefrina 0,1 mcg/kg/min e dobutamina 8 mcg/kg/min em veia periférica, associar clexane 60 mg SC 12/12h e solicitar transferência imediata para UTI.

37 - Sobre os familiares de pacientes críticos internados em UTIs, considere as seguintes afirmativas:

1. A presença de esperança diante de um mau prognóstico é preditiva de luto complicado.
2. Limitar boletins médicos diminui a ansiedade e o estresse familiar.
3. Familiares apresentam risco aumentado de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático mesmo meses após alta do paciente.
4. Conversas precoces com familiares sobre o prognóstico não são recomendadas, porque aumentam a ansiedade e o risco de estresse pós-traumático.

Assinale a alternativa correta.

- ▶ a) Somente a afirmativa 3 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 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.

38 - K.C., 23 anos, sem comorbidades, PO imediato de rafia de artéria femoral rota por arma branca durante assalto. Ao exame, palidez de pele e mucosas, PA 90x60 mmHg, FC 110 bpm, T 35,5 °C, FR 15 ipm sob VM invasiva e ainda anestesiado, permanece em modo controlado, VCV, volume corrente 400 mL, PEEP 10 cmH₂O e FiO₂ 50%. Ainda no monitor multiparamétrico, observam-se um índice de pulsatilidade (IP) 0,75, uma variação da onda de pulso (DPP) 20% e uma capnografia de 40 mmHg. Laboratório com gasometria pH 7,28, pO₂ 55 mmHg, pCO₂ 60 mmHg, BIC 20 mEq/L, SaO₂ 89%. Visando melhorar o pH, pO₂ e pCO₂ inicialmente, uma proposta terapêutica adequada para o caso é:

- a) aumentar o volume corrente para 500 mL, PEEP 12 cmHO, FR 25 ipm e FiO₂ 100%, enquanto se prepara para posicionar o paciente em prona.
- b) aumentar o volume corrente para 500 mL, abaixar a PEEP para 7 cmH₂O, aumentar a FR para 25 ipm e manter a FiO₂, enquanto se aguarda efeito de furosemida 20 mg, 1amp EV.
- c) mudar o modo para PCV, pressão inspiratória máxima 30 cmH₂O, PEEP e FR mantidas, relação I:E 1:1 e FiO₂ de 100%, enquanto se aguarda 2U de concentrado de hemácias EV.
- d) mudar o modo para PCV, pressão inspiratória máxima 30 cmH₂O, PEEP 14 cmH₂O, FR 25 ipm, relação I:E 1:3 e FiO₂ mantido, enquanto se aguarda fisioterapia aspirar vias aéreas.
- ▶ e) manter o volume corrente, abaixar a PEEP para 7 cmH₂O, aumentar a FR para 25 ipm, FiO₂ 100%, enquanto correm 1000 mL de solução cristalóide.

39 - A.A., 28 anos, sem comorbidades, PO imediato de apendicectomia complicada com secreção purulenta na cavidade devido à perfuração do apêndice. Na admissão na UTI, apresenta extremidades aquecidas com tempo de reenchimento menor que 2 s, PA 100x60 mmHg, FC 100 bpm, T 37,0C, FR 15 ipm, SpO₂ 98% em VM invasiva, modo VCV, ainda controlado, paciente com RASS -5 por efeito da anestesia. Com PAM invasiva em radial esquerda, apresenta delta PP de 13%, com acesso central e PVC de 8 mmHg. Realizada manobra de elevação das pernas, sendo observado aumento da PA para 110x70 mmHg, queda discreta da FC e discreta fâcies de dor pelo paciente. Ultrassom de cava inferior com diâmetro de 1,5 cm, com variação de 15% e função cardíaca visualmente normal. Gasometria arterial com pH 7,4, pO₂ 100 mmHg (FiO₂ 30%, PEEP 6 cmH₂O), pCO₂ 38 mmHg, BIC 24 mEq/L, SaO₂ 98% e lactato de 1,2 mmol/L. Gasometria venosa com pCO₂ 42 mmHg, BIC 23 mEq/L, SvcO₂ 75% e lactato de 1,5 mmol/L. Assinale a alternativa que apresenta uma proposta para o manejo de fluido inicial adequada para o caso.

- ▶ a) Observadas responsividade e tolerância a volume, mas sem necessidade, nenhuma ação nesse momento é necessária.
- b) Observadas responsividade, tolerância e necessidade a volume, é necessário bólus de solução cristaloide até atingir PVC de 10 mmHg.
- c) Observadas responsividade e necessidade, mas baixa tolerância, é necessário reposição de solução cristaloide lentamente (plano de 1000 mL ao longo de 24 horas).
- d) Observadas necessidade e tolerância, mas baixa responsividade, é necessário iniciar dose baixa de noradrenalina no acesso central até queda do delta PP para menos de 10%.
- e) Observadas tolerância, mas sem necessidade, e baixa responsividade, é necessário iniciar com dobutamina dose baixa antes de fazer bólus de solução cristaloide visando normalizar o delta PP.

40 - São estratégias de tratamento efetivas da hipercalemia grave (cálcio total corrigido acima de 14 mg/dL) em pacientes sintomáticos quando o diagnóstico etiológico for neoplasia de mama metastática, EXCETO:

- a) reposição volêmica vigorosa (200 a 300 mL/hora de cristaloide).
- b) ácido zoledrônico 4 mg EV.
- c) calcitonina 4 UI/Kg SC.
- d) furosemida 20 a 40 mg EV 4x/d.
- ▶ e) prednisona 1 mg/kg/d VO.

41 - P.K., 23 anos, caucasiana, sem comorbidades, foi submetida à cirurgia plástica corretiva. Apresenta história de taquicardia, queda da saturação arterial de oxigênio (78%), retenção de CO₂ (98 mmHg), sudorese e hipertermia (41,5 °C) uma hora após o início do procedimento. Administrados sulfentanil, atracúrio e propofol na indução anestésica e mantida em ventilação mecânica sob o uso de isoflurano e óxido nítrico. Suspensa anestesia inalatória, foi administrado dantrolene 100 mg e realizadas manobras para controle da temperatura. Laboratório com creatinina 2,1 mg/dL, cálcio sérico 6,0 mg/dL e creatino-fosfoquinase 96.707 U/L. Uma proposta terapêutica inicial adequada nesse caso é:

- a) antibioticoterapia de amplo espectro e correção da hipocalcemia.
- ▶ b) reposição volêmica com solução cristaloide, alcalinização urinária e correção da hipocalcemia.
- c) heparinização plena e bloqueio neuromuscular.
- d) hipotermia com compressas frias e gelo, tiamina endovenosa e corticoterapia.
- e) reposição volêmica com solução glicofisiológica, antibioticoterapia e corticoterapia.

42 - A análise do líquido pleural apresenta os seguintes resultados: proteína total 3,5 g/dL, gradiente de albumina (plasma - pleural) 1,0 g/dL, LDH 350 IU/L, relação do LDH pleura/plasma 0,65, colesterol 50 mg/dL, triglicerídeos 35 mg/dL, glicose 75 mg/dL e pH 7,35. Um diagnóstico possível para esses achados é:

- a) atelectasia.
- b) síndrome nefrótica.
- c) urinotórax.
- d) fístula líquórica pleural.
- ▶ e) embolia pulmonar.

43 - Assinale a alternativa que apresenta as duas causas mais frequentemente associadas a sangramento distal ao ângulo de Treitz entre jovens adultos.

- a) Divertículo de Meckel e fissura anal.
- b) Câncer e doença diverticular.
- ▶ c) Pólipos e doença inflamatória intestinal.
- d) Hemorroidas e angiodisplasia.
- e) Angiodisplasia e doença diverticular.

44 - B.B., 30 anos, é etilista de meia garrafa de destilado por dia, sem outras comorbidades. História de libação alcoólica recente, associada com dor abdominal e vômitos, estando há 3 dias sem ingerir nenhum destilado. Após cuidadosa história e exame clínico, existe a suspeita de cetoacidose alcoólica. São achados laboratoriais comuns nessa patologia:

- ▶ a) hipopotassemia, distúrbios ácido-básicos e dosagem sérica do álcool (alcoolemia) baixa.
- b) hiperglicemia, hiperpotassemia e dosagem sérica do álcool (alcoolemia) elevada.
- c) hipoglicemia, hipopotassemia e dosagem sérica do álcool (alcoolemia) elevada.
- d) hiperglicemia, hiperfosfatemia e dosagem sérica do álcool (alcoolemia) baixa.
- e) hipoglicemia, hiperfosfatemia e distúrbios ácido-básicos.

45 - Quanto ao manejo clínico inicial dos pacientes com hemorragia intraparenquimatosa espontânea cerebral, assinale a alternativa correta.

- a) O controle da pressão arterial sistólica entre 160 a 180 mmHg resulta em melhor prognóstico neurológico e menor mortalidade quando comparados a valores mais baixos, entre 130 a 160 mmHg.
- b) O uso profilático de fenitoína está associado a um melhor prognóstico neurológico devido à redução de eventos epiléticos a curto e longo prazos.
- c) O controle da hipertensão intracraniana com salina hipertônica 6% está limitado ao controle do sódio sérico, o qual precisa ser mantido em valores entre 140 e 145 mEq/L, para evitar danos cerebrais.
- d) Nos pacientes com hematoma em gânglios da base e sangramento intraventricular, com mais de 40 anos e história de hipertensão, deve-se solicitar angiografia visando investigar a possibilidade de aneurisma cerebral como causa base.
- e) Nos pacientes em uso de antiagregantes plaquetários previamente, deve-se evitar a transfusão de plaquetas por estar associada a um pior prognóstico neurológico.

46 - D.F., 50 anos, é hipertenso, obeso e sedentário, tem história de dispneia aos esforços e fadiga rápida, com piora súbita e progressiva hoje pela manhã, apresentando SpO₂ de 75% em ar ambiente. No P.S., refere ter estado normal ontem e ao levantar-se hoje. Ao exame, o paciente está ansioso, mas colaborativo, PA 125x90 mmHg, FC 125 bpm, T 37,6°C, FR 22 ipm, SpO₂ 85% (névoa 5 L/min de O₂). ECG sem particularidades. Raios X com infiltrado alveolar peri-hilar e bases bilateral. Ultrassom pulmonar com ao menos 6 linhas B por campo em áreas basais bilateralmente e discreto derrame pleural à direita. Ecocárdio realizado três dias antes, a pedido do seu cardiologista, apresenta AE = 48 mm, VDFVE = 90 mm, VSFVE = 41 mm, fração de ejeção = 55%, função sistólica global normal, relação E/A = 1,4 e relação E/e' = 13, sem alterações estruturais valvares e pericárdio normal. Os exames laboratoriais coletados na emergência apresentam hemograma com Hb = 14,5 g/dL, VG = 43%, leucócitos = 14500/mm³, neutrófilos = 10500/mm³, bastões de 9%, proteína C reativa = 30 mg/L, dímero-d = 350 ng/mL, creatinina = 1,5 mg/dL, ureia = 35 mg/dL, potássio = 4,5 mEq/L, troponina-I 0,05 ng/mL (0,05 ng/dL corresponde ao 99º percentil). Uma proposta terapêutica inicial adequada para o caso é:

- a) aumentar suporte em névoa de O₂ para 10L/min, iniciar clexane 80 mg SC 2x/d e encaminhar para angiotomografia de tórax.
- b) iniciar suporte em VM não invasiva (BiPAP), ceftriaxona 2 g EV e azitromicina 500 mg EV agora, solicitar transferência imediata para a UTI.
- c) aumentar suporte em névoa de O₂ para 10 L/min, iniciar AAS 325 mg VO, clopidogrel 75 mg 4cp VO, nitrato 0,4 mg SL e clexane 80 mg SC 2x/d, avisar a cardiologia para discutir possível cateterismo.
- d) iniciar suporte em VM não invasiva (BiPAP), nitroglicerina 25 mcg/min em BI, lasix 20 mg 2 amp EV e observar o paciente no P.S. com reavaliação frequente.
- e) iniciar suporte em VM invasiva (PCV) com PEEP 12 cmH₂O, FiO₂ = 1, Pi máxima 30 cmH₂O, tempo inspiratório 1,6 seg e FR = 25 ipm, solicitar a transferência imediata para a UTI.

47 - S.F., 66 anos, apresenta história de câncer de mama e demência inicial, evoluindo em casa com febre e confusão mental. Ao exame está sonolenta, PA 95x60 mmHg, FC 110 bpm, T 35,4 °C, FR 24 ipm e SpO₂ 95% em ar ambiente, tempo de reenchimento capilar acima de 3 s. Laboratório apresenta hemograma com Hb 10,5 g/dL, VG 32%, leucócitos 6200/mm³, neutrófilos 5100/mm³, bastões de 12%, sódio 145mEq/L, potássio 4,5 mEq/L, creatinina 1,6 mg/dL, ureia 75 mg/dL, glicose 110 mg/dL, proteína C reativa 80 ng/L e gasometria com pH 7,45, pO₂ 75 mmHg, pCO₂ 32 mmHg, BIC 20 mEq/L, SaO₂ 96%. Nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- a) Não existe suspeita de sepse e, assim, não faz sentido calcular os critérios (pontuações) de SIRS ou o qSOFA.
- b) Existe suspeita de SIRS sem infecção, com dois critérios de SIRS e um critério do qSOFA.
- c) Existe suspeita de infecção, com dois critérios de SIRS e nenhum critério do qSOFA.
- d) Existe suspeita de sepse, com dois critérios de SIRS e dois critérios do qSOFA.
- e) Existe suspeita de choque séptico, com quatro critérios de SIRS e três critérios do qSOFA.

48 - N.N., 62 anos, tem história de artrose coxofemoral com uso frequente de AINE para controle de dor e omeprazol para proteção gástrica. Relata que há 2 semanas apresentou edema de membros inferiores e alteração no aspecto da urina ("espumosa"). Ao exame com dispneia ao repouso, presença de rash maculopapular em tronco, edema +++/4, PA 200x110 mmHg, FC 96 bpm, FR 20 ipm, T 37,0 °C e SpO₂ 85% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com crepitações bilateralmente até ápice, ritmo cardíaco regular, dois tempos sem sopros e oligúria. Laboratório: creatinina 4,2 mg/dL, ureia 170 mg/dL, sódio 144 mEq/L, potássio 5,1 mEq/L, cálcio 8,3 mg/dL, albumina sérica 2,3 g/dL. Bioquímica da urina com pH de 6,0, densidade 1020, proteína +++++, leucócitos > 100/campo e eritrócitos 40/campo. Com base nos dados apresentados, o diagnóstico principal mais provável e a proposta terapêutica inicial são, respectivamente:

- a) nefrite intersticial aguda – corticoterapia, suspender AINE e omeprazol.
- b) síndrome hemolítico-urêmica – plasmaferese e plasma fresco.
- c) infecção do trato urinário – antibioticoterapia e solução salina a 0,9%.
- d) glomeruloesclerose segmentar e focal – corticoterapia e tacrolimus.
- e) doença inflamatória pélvica – antibioticoterapia e exame ginecológico.

49 - Sobre prevenção e controle do delirium na UTI, considere as seguintes opções:

1. Ambiente silencioso e com orientação temporal, com pistas visuais, como relógios no quarto, medidas de conforto, como luzes apagadas, e evitar uso de fraldas com sondagem vesical de demora.
2. Tratamento eficiente da doença de base, controle da dor preferencialmente com opioides e evitar contenção mecânica, mesmo nos casos hiperativos.
3. Presença de familiares por períodos maiores, ambientes com janelas para o meio externo e evitar o uso de benzodiazepínicos para induzir o sono.
4. Nos pacientes sob ventilação invasiva, testar a retirada da sonda diariamente, ajustar a analgesia usando escala analógica de dor e evitar o modo PSV (espontâneo) a noite toda.

É/São estratégia(s) para prevenção e controle do delirium na UTI:

- a) 4 apenas.
- b) 1 e 2 apenas.
- ▶ c) 3 e 4 apenas.
- d) 1, 2 e 3 apenas.
- e) 1, 2, 3 e 4.

50 - Sobre as diferentes estratégias de prevenção de infecção associada ao sítio cirúrgico, considere as seguintes afirmativas:

1. Quando não iniciado no centro cirúrgico, o uso de antibiótico profilático ainda pode ser efetivo se iniciado em até 40 min após a admissão na UTI.
2. O álcool para higiene das mãos apresenta excelente atividade contra CGP e BNG, boa atividade contra fungos e vírus, mas sem efeito residual.
3. A clorexedina apresenta excelente atividade contra CGP, boa atividade contra BGN e vírus, fraca atividade contra fungos, mas uma excelente atividade residual, que não é inativada pela presença de sangue.
4. Prevenção da hipotermia, mesmo que leve, e a transfusão de hemocomponentes para manter a hemoglobina próximo de 9 g/dL são importantes estratégias de prevenção.

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.