

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – HOSPITAL DE CLÍNICAS
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Vagas Remanescentes

Edital nº 06/2018 – HC - Edital nº 11/2018 – HT - Prova Objetiva – 11/03/2018

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

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

405 – 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 impresso nele corresponde ao seu. Caso haja qualquer irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
 - O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica 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 aparelhos eletrônicos ou qualquer 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 bonés, gorros, chapéus ou quaisquer outros acessórios que cubram as orelhas.
 - 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, réguas de cálculo, impressos ou qualquer outro material de consulta.
 - Portar carteira de documentos/dinheiro ou similares.
 - Usar óculos escuros, ressalvados os de grau, quando expressamente por recomendação médica, devendo o candidato, então, respeitar o subitem 3.6.6 do Edital.
 - Emprestar materiais para realização das provas.
- Caso alguma dessas exigências seja descumprida, o candidato será excluído do processo.**
- A duração da prova é de 4 horas. Esse tempo inclui a resolução das questões e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
 - 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.
 - Se desejar, anote as respostas no quadro abaixo, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS

Específica

✕

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 - Com relação à fibrilação atrial, assinale a alternativa INCORRETA.

- ▶ a) Devido à ação inotrópica negativa dos betabloqueadores, eles devem ser evitados nos pacientes com fibrilação atrial.
- b) Hipertireoidismo e intoxicação alcoólica aguda são causas bem definidas de fibrilação atrial.
- c) Idade superior a 75 anos é um fator de risco para a ocorrência de AVC no paciente portador de fibrilação atrial.
- d) Os bloqueadores de canal de cálcio verapamil e diltiazem podem ser utilizados para o controle da frequência cardíaca nos pacientes com fibrilação atrial.
- e) A incidência da fibrilação atrial aumenta com a idade.

02 - Paciente de 82 anos, portador de transtorno do humor e hipertensão arterial essencial, em uso de fluoxetina e hidroclorotiazida, desenvolve quadro de diminuição do nível de consciência no pós-operatório de cirurgia abdominal. Considerando que a função renal está normal, qual é o distúrbio metabólico mais provável responsável pela alteração neurológica nesse paciente?

- a) Hipermagnesemia.
- ▶ b) Hiponatremia.
- c) Hipocalcemia.
- d) Hiperpotassemia.
- e) Hipopotassemia.

03 - Paciente masculino, 55 anos, sinistro, pesando 70 kg, iniciou há 2 horas com quadro de afasia e hemiparesia à direita. Previamente hipertenso e diabético. Submetido a tratamento com rtPA após 2 horas e 30 minutos do início dos sintomas. Em relação ao caso, é correto afirmar:

- a) A introdução de heparina de baixo peso molecular deve ocorrer até a sexta hora após o término da infusão do rtPA.
- b) A pressão arterial deve ser mantida abaixo de 190/120 mmHg nas próximas 24 horas.
- c) Sonda nasoentérica deve ser introduzida logo após o término da infusão do rtPA.
- d) Para o uso de rtPA, é obrigatório internamento em unidade de terapia intensiva.
- ▶ e) A dose do rtPA utilizada é de 0,9 mg/kg de peso corporal.

04 - Qual é o gás de insuflação mais utilizado em videolaparoscopia?

- a) Oxigênio.
- b) Nitrogênio.
- c) Hélio.
- d) Óxido nitroso.
- ▶ e) Gás carbônico.

05 - Em relação à obstrução arterial, considere as seguintes afirmativas:

1. Na embolia arterial aguda, a maior fonte de êmbolos é o coração.
2. Na embolia arterial aguda, geralmente o paciente relata claudicação intermitente prévia.
3. Oclusões trombóticas isoladas da artéria femoral geralmente não levam a quadros importantes de claudicação.
4. Em relação à claudicação intermitente, a distância da claudicação não se altera quando se mantém o mesmo ritmo da marcha tanto no aclive quanto no declive.
5. A anamnese e o exame clínico concluem com razoável precisão se o paciente sofreu embolia ou trombose aguda.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- ▶ b) Somente as afirmativas 1, 3 e 5 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 3, 4 e 5 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.
- e) Somente as afirmativas 3 e 5 são verdadeiras.

06 - Paciente masculino, 30 anos, foi submetido a apendicectomia por apendicite aguda perfurada com abscesso pélvico por via laparotômica há 15 dias. Recebeu alta no quinto dia pós-operatório. Há 4 dias vem apresentando febre de 38,9 C e abaulamento da ferida, com hiperemia. A ultrassonografia do abdome mostra edema e espessamento da parede no local da incisão de McBurney com ar no subcutâneo. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta recomendada.

- a) Trata-se de fístula estercoral após apendicectomia e o paciente deve iniciar nutrição parenteral total.
- b) O paciente apresenta fístula entérica e deve ser submetido a drenagem da parede e ileostomia derivativa.
- c) O paciente apresentou hematoma pericecal, drenado e infectado por bacilos gram positivos, originários da flora dérmica profunda, que deve ser drenado.
- d) O paciente apresenta fístula entérica de baixo débito, distal, devendo ser drenada e iniciada imediatamente nutrição enteral por sonda com solução hidrolisada.
- ▶ e) Trata-se de abscesso da parede abdominal com predomínio de gram negativos e anaeróbios, devendo ser drenado e iniciada antibioticoterapia.

07 - A.R.S., 55 anos, 82 kg, diabética controlada, mas hipertensa e sem história de internamento recente, chega ao pronto socorro com PA: 100/50 mmHg, P: 121 bpm, FR: 24 ipm, T: 38,3°C, SaO₂ 89% em ar ambiente. Ausculta com sibilos difusos expiratórios. Raio X de tórax com consolidação em base pulmonar direita. Laboratório com HMG com 12.500 leucócitos e 16% bastões. Qual a escolha antibiótica apropriada nesse cenário?

- a) Piperacilina-Tazobactan + Azitromicina.
- b) Amoxicilina.
- c) Cefepime + Amicacina.
- ▶ d) Ceftriaxona + Azitromicina.
- e) Imipenem-Cilastatina.

08 - L.L.M., 40 anos, previamente hígida, encontra-se no pronto-socorro há 01h45 com diagnóstico de sepse grave devido a pielonefrite. Após infusão de 2000 ml de soro fisiológico 0,9%, apresenta Glasgow 15, PA: 112/65 mmHg, P: 110 bpm, FR: 28 ipm, SaO₂: 93% com O₂ em névoa 6 L/min e lactato arterial: 1,2 mmol/L. Após 3h, foi avaliada novamente e apresenta Glasgow 14, PA: 110/80 mmHg, P: 108 bpm, FR: 14 ipm, SaO₂: 90% em névoa 8 L/min e lactato 1,3 mmol/L. A gasometria arterial nesse segundo momento demonstrava pH: 7,24; PaO₂: 60mmHg; PaCO₂: 62 mmHg; HCO₃: 22 mEq/L e SaO₂: 91%. Qual o distúrbio gasométrico identificado e o que ele representa?

- a) Acidose metabólica e provável insuficiência renal.
- ▶ b) Acidose respiratória e provável fadiga ventilatória.
- c) Alcalose respiratória e acidose metabólica e provável hiperventilação.
- d) Acidose metabólica e acidose respiratória e provável hipoxemia.
- e) Acidose respiratória e alcalose metabólica e provável hipovolemia.

09 - Nas meningoencefalite bacterianas agudas, o exame do líquido, além de celularidade elevada, apresenta:

- a) predomínio de células polimorfonucleares, proteína baixa e glicose > 2/3 do plasma.
- b) predomínio de células polimorfonucleares, proteína baixa e glicose < 2/3 do plasma.
- ▶ c) predomínio de células polimorfonucleares, proteína elevada e glicose < 2/3 do plasma.
- d) predomínio de células monomorfonucleares, proteína elevada e glicose > 2/3 do plasma.
- e) predomínio de células monomorfonucleares, proteína elevada e glicose < 2/3 do plasma.

10 - Sobre a doença pulmonar obstrutiva crônica exacerbada (DPOC exacerbado), considere as seguintes afirmativas:

1. A suplementação de oxigênio, indicada no tratamento das descompensações, pode desencadear hipercapnia por ser capaz de induzir menor ventilação alveolar e diminuição da vasoconstrição pulmonar induzidas pela hipóxia, com consequente aumento do distúrbio V/Q.
2. A presença de normocarbia em paciente com tiragem intercostal que previamente apresentava alcalose respiratória é sinal de melhora clínica, podendo ser encaminhado à enfermaria.
3. O uso de beta2-agonistas diminui a hiperinsuflação pulmonar ao diminuir a resistência das vias aéreas.
4. A ventilação não invasiva não pode ser indicada na presença de acidose respiratória, sendo melhor, neste caso, a intubação traqueal e ventilação mecânica invasiva.

Assinale a alternativa correta.

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

11 - Quanto ao diagnóstico de choque, considere as seguintes afirmativas:

1. Choque pode estar associado a quatro padrões característicos básicos (cardiogênico, obstrutivo, hipovolêmico e distributivo) sendo três deles relacionados a estados de baixo fluxo e um deles ligado a estado hipercinético.
2. A presença de hipotensão arterial, definida como PAS ≤ 90 mmHg ou queda ≥40 mmHg na PAS basal, é requerida para o diagnóstico de choque.
3. Choque consiste na falência circulatória aguda global, potencialmente fatal, associada à utilização inadequada de oxigênio pelas células com consequente disfunção celular.
4. Todos os padrões de choque se associam à inflamação sistêmica seja ela precoce ou tardia durante o curso da falência circulatória.

Assinale a alternativa correta.

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

12 - R.N.S., 32 anos, sem comorbidades prévias, foi internada na UTI devido a sepse grave secundária à colangite e coledocolitíase. Na admissão, apresenta FR: 35 ipm, raio X de tórax com opacidade bilateral e gasometria arterial com pH: 7,48; PaCO₂: 25 mmHg, PaO₂: 50 mmHg, HCO₃: 19 e SaO₂ 80% em ventilação não invasiva com fração inspirada de oxigênio de 60%. Você indica intubação traqueal e suporte em ventilação mecânica invasiva. São parâmetros de regulação do ventilador apropriados nesse cenário:

- a) Assistida, Modo PCV, pressão inspiratória final de 40 cmH₂O, tempo inspiratório de 1 seg, PEEP de 15 cmH₂O.
- ▶ b) Assistida, Modo VCV, volume corrente 6 mL/kg, pressão de platô ≤ 30 cmH₂O, PEEP de 12 cmH₂O.
- c) Controlada, Modo PCV, pressão inspiratória final de 25 cmH₂O, tempo inspiratório de 0,5 seg, PEEP de 7 cmH₂O.
- d) Controlada, Modo VCV, volume corrente 10 mL/kg, pressão de platô ≤ 30 cmH₂O, PEEP de 7 cmH₂O.
- e) Assistida, Modo VCV, volume corrente 6 mL/kg, pressão de platô ≤ 40 cmH₂O, PEEP de 15 cmH₂O.

13 - S.S.A., 70 anos, com neoplasia metastática de próstata, procura o pronto-socorro referindo fraqueza generalizada, poliúria, anorexia e constipação. Exame físico mostra sinais de desidratação e exames laboratoriais apresentam VG: 30%, leucócitos: 11.000 /mm³, sódio: 132 mEq/L, potássio: 4,0 mEq/L, creatinina: 2,1 mg/dL, cálcio iônico: 2,1 mmol/L (valor de referência: 1,1 a 1,3 mmol/L). Assinale a alternativa que apresenta a sequência de tratamento apropriada para esse paciente.

- ▶ a) Hidratação com soro fisiológico, diurético de alça e bifosfonatos.
- b) Hemodiálise, bifosfonatos e corticosteroides.
- c) Hidratação com soro fisiológico, corticosteroides e bifosfonatos.
- d) Hemodiálise, vitamina D e bifosfonatos.
- e) Hidratação com soro fisiológico, vitamina D e corticoides.

14 - Qual é a causa mais provável de uma hipoxemia com diferença alvéolo-arterial de oxigênio normal?

- a) SRAG secundária a pneumonite viral.
- b) Estado de mal asmático.
- c) Tromboembolismo pulmonar.
- d) Congestão pulmonar secundária a IAM.
- ▶ e) Intoxicação por benzodiazepínicos.

15 - R.M., 38 anos, masculino, tem hipertensão e diabetes, além de história familiar de IAM. Realiza caminhadas com regularidade e nega tabagismo (ex-tabagista; parou há 15 anos). Deu entrada no pronto socorro com dor torácica do tipo aperto, com cerca de 30 minutos de início e irradiação para o pescoço, sem melhora com o repouso. Apresentava PA: 90/60 mmHg, FC: 90 bpm, FR: 24 ipm, SpO₂: 90%. No ECG observado supradesnível de ST em parede lateral. Com base nesse cenário, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico de infarto agudo do miocárdio não pode ser confirmado sem a dosagem das enzimas cardíacas por tratar-se de paciente com idade abaixo da considerada como fator de risco.
- b) O tratamento consiste no controle da dor com nitrato 5 mg sublingual, seguido de AAS 200 mg, oxigênio, betabloqueador e monitorização.
- ▶ c) Está indicado AAS 200 mg e inibidor do ADP, seguido de anticoagulação e terapia de reperfusão, seja com trombólise química ou trombólise mecânica.
- d) Monitorização cardíaca, oximetria de pulso e coleta de sangue sequencial para dosagem de enzimas cardíacas são as estratégias indicadas nos pacientes que apresentem supradesnível de ST.
- e) Devido às comorbidades, mesmo se o ECG não demonstrasse supradesnível de ST, estaria indicada trombólise química ou trombólise mecânica.

16 - No tratamento do choque, quais variáveis são usadas para estimar a oferta de oxigênio aos tecidos?

- ▶ a) SaO₂%, hemoglobina, débito cardíaco.
- b) Hemoglobina, resistência vascular sistêmica, PAM.
- c) Débito cardíaco, saturação venosa mista de O₂, frequência cardíaca.
- d) Hemoglobina, saturação venosa mista de O₂, resistência vascular sistêmica.
- e) SaO₂%, PAM, frequência cardíaca.

17 - K.F., 68 anos, hipertensa, diabética e com insuficiência cardíaca moderada/grave, foi encaminhada ao pronto-socorro após episódio de síncope com história de palpitações há 3 dias. No exame clínico, apresentava PA: 105/65 mmHg, FC: 158 bpm e bulhas cardíacas arritmicas. Assinale a alternativa terapêutica apropriada nesse cenário.

- a) Por tratar-se de quadro com mais de 48 horas de evolução com pressão arterial estável, a paciente deve ser submetida a cardioversão medicamentosa.
- b) Por tratar-se de quadro com mais de 48 horas, o uso de betabloqueadores fica indicado, devido ao menor risco de cardioversão da arritmia.
- c) Na fibrilação atrial, se houver controle medicamentoso da frequência cardíaca, fica descartada a necessidade de cardioversão elétrica ou medicamentosa.
- ▶ d) Por tratar-se de quadro com mais de 48 horas, o uso de drogas que bloqueiam o nodo atrioventricular permitirá controle da frequência. Nesse caso, anticoagular a paciente por 3 semanas antes de realizar a cardioversão.
- e) Por tratar-se de quadro com mais de 48 horas de evolução com pressão arterial estável, a FC elevada está associada a melhora da função cardíaca ao permitir um melhor débito de sangue aos tecidos, não sendo necessário o controle da FC.

18 - Delirium é um evento comum entre idosos hospitalizados, particularmente na UTI. Qual dos medicamentos abaixo deveria ser EVITADO no tratamento do delirium em um paciente idoso na UTI?

- a) Haloperidol.
- b) Dexmedetomidina.
- c) Quetiapina.
- d) Risperidona.
- ▶ e) Clonazepan.

19 - M.R., 65 anos, com história de hipertensão e insuficiência cardíaca, foi encontrada desacordada na residência e intubada pelo serviço de resgate. Ao chegar à sala de emergência apresentava, ao exame, PA: 70/40 mmHg, FC: 115 bpm, SpO2: 80%, ausculta pulmonar com estertores crepitantes difusos, além de extremidades frias, palidez cutânea e edema +++/IV. Com base nesse caso, assinale a alternativa que apresenta a terapêutica inicial apropriada.

- a) Dopamina é a droga de escolha para o manejo inicial do choque cardiogênico. Deve ser iniciada na dose beta-adrenérgica entre 3 a 10 mcg/kg/min.
- ▶ b) Noradrenalina é a droga de escolha nesse caso, por apresentar ação alfa-adrenérgica e aumentar a pressão de perfusão tecidual, tendo como objetivo inicial atingir uma PAM \geq 65 mmHg.
- c) Dobutamina é a droga de escolha, por apresentar ação inotrópica e vasodilatadora, sendo responsável pela melhora do débito cardíaco.
- d) O uso de diuréticos é a principal medida nos casos de choque cardiogênico, pois a redução da pré-carga e, conseqüentemente, do volume sistólico, serão responsáveis pela melhora da congestão pulmonar.
- e) A hipoxemia secundária à congestão é a principal causa da hipotensão, que pode, portanto, ser manejada com intubação traqueal e ventilação mecânica invasiva sem comprometer mais o coração com drogas vasoativas.

20 - O vasoespasm cerebral é uma complicação frequente na hemorragia subaracnoide. Nesse contexto, assinale a alternativa correta.

- a) A maioria dos pacientes que desenvolve vasoespasm apresenta sintomas de isquemia cerebral.
- b) O risco de vasoespasm não se relaciona com o volume de sangue no espaço subaracnoide.
- c) Só pode ser detectado através de arteriografia.
- ▶ d) Hipertensão arterial induzida ajuda a prevenir a isquemia cerebral.
- e) Fazer nimodipina oral reduz significativamente o risco de vasoespasm visto na arteriografia.

21 - Assinale a alternativa em que a escolha do antibiótico NÃO é adequada para o respectivo diagnóstico.

- ▶ a) Daptomicina para pneumonia por Staphylococcus aureus resistente à oxacilina.
- b) Sulfametoxazol + trimetropin para bacteremia por Stenotrophomonas maltophilia.
- c) Tigeciclina para sepse abdominal com foco controlado (múltiplos germes).
- d) Linezolide para celulite por Staphylococcus aureus resistente a oxacilina.
- e) Ertapenem para sepse urinária por Escherichia coli ESBL.

22 - Assinale a alternativa que apresenta apenas antibióticos que podem ser utilizados no tratamento de infecções secundárias a Pseudomonas aeruginosa.

- a) Ceftazidima, cefepime e tigeciclina.
- b) Ciprofloxacina, ceftriaxona e ampicacina.
- c) Piperacilina/Tazobactan, ciprofloxacina e linezolida.
- d) Meropenem, tigeciclina e aztreonam.
- ▶ e) Cefepime, piperacilina/tazobactan e ciprofloxacina.

23 - L.L.Z., 64 anos, foi trazida para o pronto socorro pelo serviço de resgate médico. Familiar relata quadro de dispneia progressiva, com piora nas últimas 12 horas. Ao exame, já na entrada, apresenta uso de musculatura respiratória acessória, PA: 180/100 mmHg, FC: 110 bpm, FR: 42 ipm, SpO2: 82% em névoa úmida, ausculta com crepitações em bases, mas sem edema de membros inferiores. Sobre esse caso, assinale a alternativa que apresenta a terapia inicial apropriada.

- ▶ a) O objetivo inicial do tratamento é diminuir a sobrecarga do ventrículo esquerdo, diminuindo a pós-carga com uso de vasodilatadores.
- b) O tratamento medicamentoso é baseado no uso de diurético intravenoso, sendo a furosemida uma medicação eficaz, já que frequentemente esses pacientes apresentam acúmulo de volume (sobrecarga hídrica).
- c) O uso da nitroglicerina é restrito aos casos de edema pulmonar por insuficiência coronariana.
- d) Antes de instituir a terapia medicamentosa, a paciente possui indicação de intubação orotraqueal e ventilação mecânica com PEEP elevada.
- e) Nesse caso, a ventilação mecânica não invasiva não é útil enquanto a hipertensão não for controlada com medicações.

- 24 - J.R., 53 anos, masculino, com enfisema pulmonar importante, é admitido no pronto socorro com pneumonia comunitária e insuficiência respiratória aguda, necessitando de intubação traqueal. Exame clínico na chegada sugere broncoespasmo grave. Como regular a ventilação mecânica após intubação na emergência?**
- Modo volume controlado, volume corrente de 10 ml/kg, frequência respiratória = 25, velocidade fluxo inspiratório = 40, FiO₂ = 100%, PEEP = 14.
 - Modo volume controlado, volume corrente de 4 ml/kg, frequência respiratória = 25, velocidade fluxo inspiratório = 40, FiO₂ = 100%, PEEP = 14.
 - Modo volume controlado, volume corrente de 4 ml/kg, frequência respiratória = 20, velocidade fluxo inspiratório = 60, FiO₂ = 60%, PEEP = 18.
 - Modo volume controlado, volume corrente de 10 ml/kg, frequência respiratória = 12, velocidade fluxo inspiratório = 40, FiO₂ = 60%, PEEP = 5.
 - ▶ e) Modo volume controlado, volume corrente de 6 ml/kg, frequência respiratória = 12, velocidade fluxo inspiratório = 60, FiO₂ = 100%, PEEP = 7.
- 25 - A.V.X., 58 anos, masculino, obeso, com história de hipertensão, diabetes e tabagista de 1 maço/dia por 35 anos, acordou às 9h00 com hemiparesia esquerda, paralisia facial central e fala não compreensível. Nega qualquer sintoma no dia anterior. Encaminhado ao pronto-socorro às 10h00, apresentava PA: 205x105 mmHg, P: 75 bpm, FR: 15 ipm, T: 36,5 °C, SpO₂: 89% em ar ambiente, sem melhora clínica e com Glasgow 12. TAC de crânio sem contraste, às 10h25, foi normal. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta inicial adequada.**
- AVC isquêmico ou hemorrágico são igualmente possíveis já que a TAC de crânio costuma ser normal nas primeiras horas de um evento vascular cerebral. Com o objetivo de manter a perfusão nas áreas de penumbra cerebral, a PA não precisará ser controlada de imediato, exceto se existirem sinais de congestão pulmonar ou IAM. Esse paciente não apresenta indicação de terapia trombolítica por estar fora de janela terapêutica.
 - AVC hemorrágico, sendo a ruptura de aneurisma cerebral decorrente de pico hipertensivo uma possibilidade diagnóstica. O controle da PA muito elevada está indicado devido ao risco de maior sangramento cerebral. A terapia trombolítica não está indicada no tratamento do AVC hemorrágico.
 - AVC isquêmico ou hemorrágico são igualmente possíveis já que a TAC de crânio costuma ser normal nas primeiras horas de um evento vascular cerebral. Devido às comorbidades e à idade, está indicado o controle imediato da pressão arterial. Esse paciente apresenta indicação de terapia trombolítica por estar dentro da janela terapêutica.
 - ▶ d) AVC isquêmico com TAC de crânio normal. Com o objetivo de manter a perfusão nas áreas de penumbra cerebral, a PA não precisará ser controlada de imediato exceto se existirem sinais de congestão pulmonar ou IAM. Esse paciente não apresenta indicação de terapia trombolítica por estar fora de janela terapêutica.
 - AVC isquêmico com TAC de crânio normal. Com a ausência de alterações na TAC de crânio e como os déficits neurológicos não apresentaram melhora espontânea, esse paciente apresenta indicação de terapia trombolítica por estar dentro da janela terapêutica, nesse caso será necessário o controle da PA para níveis abaixo de 180x110 mmHg.
- 26 - Paciente primigesta com 32 semanas, com pré-natal normal, iniciou há 7 dias com cefaleia, dor epigástrica, náusea e edema de membros inferiores, sendo internada a pedido do seu médico. Ao exame do obstetra, apresenta PA: 160x100 mmHg, FC: 105 bpm, T: 36,5°C e FR: 22 ipm. Nos exames laboratoriais, chamou a atenção o parcial de urina (urinálise) com +++ de proteinúria. Ainda no pronto-socorro, recebeu analgésico para a cefaleia, com pouca melhora até o momento. Com base no provável diagnóstico clínico desse caso, quais outras ações terapêuticas são indicadas? Identifique as verdadeiras com (V) e as falsas com (F).**
- () Controle da pressão arterial com hidralazina ou bloqueador de canal de cálcio.
 () Hidantialização imediata com 15 mg/kg de fenitoína EV.
 () Sulfato de magnésio 6gr em 30min seguido por manutenção de 2gr/h com monitoração dos sinais de toxicidade ao Mg⁺⁺.
 () Furosemida 20 mg 2 amp a cada 12h.
 () Betametasona 12 mg repetindo a mesma dose em 24h.
- Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.**
- V – F – F – V – F.
 - F – V – V – V – F.
 - ▶ c) V – F – V – F – V.
 - F – V – F – F – V.
 - V – V – V – V – V.
- 27 - P.A.E.N., 28 anos, feminina, 65 kg, chegou no pronto socorro com queixa de 2 dias de cefaleia intensa holocraniana. Nega febre, náusea ou vômitos. Ao exame clínico, apresenta PA: 130x70 mmHg, P: 105 bpm, FR: 14 ipm, T: 37,9 °C e SpO₂: 98% em ar ambiente. Exame neurológico é normal exceto por discreta rigidez de nuca e glasgow 14, mas a paciente refere ter dormido mal na última noite. Optado pela coleta de líquor, este apresentava 100 leucócitos com 70% de neutrófilos, proteína de 90 mg/dL e glicose de 45 mg/dL. As pressões de abertura e fechamento não foram aferidas. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e conduta inicial adequada.**
- Meningite viral, provavelmente não herpes. Indica-se tratamento em casa com analgésicos e antitérmicos.
 - ▶ b) Meningite bacteriana aguda. Indica-se tratamento hospitalar com ceftriaxona 2 g 2x/dia EV.
 - Meningite viral, provavelmente por herpes. Indica-se tratamento hospitalar com aciclovir 10 mg/kg 3x/dia EV.
 - Meningite por tuberculose. Indica-se tratamento hospitalar com esquema RIPE VO.
 - Meningite asséptica. Indica-se tratamento em casa com analgésicos e antitérmicos, mas retorno em 3 dias para reavaliação.

28 - P.A.C.T., 35 anos, masculino, foi vítima de atropelamento por um carro desgovernado. Ao ser avaliado no local por médicos socorristas, apresentava Glasgow 10, sendo intubado e imediatamente transportado para o hospital de trauma mais próximo. Na admissão, 20 minutos após, apresentava Glasgow de 3, com pupilas dilatadas e não reagentes bilateralmente. Assinale a alternativa que apresenta a terapia imediata apropriada.

- a) Suporte aos familiares porque o paciente já está em morte encefálica.
- b) Encaminhar o paciente para TAC de crânio de emergência.
- ▶ c) Verificar a PAM e o posicionamento do tubo traqueal, garantindo adequada ventilação.
- d) Encaminhar o paciente para o centro cirúrgico para craniotomia descompressiva de emergência
- e) Fazer bolus de manitol ou solução salina a 6% para abaixar a PIC elevada.

29 - A.R.J., 42 anos, obeso, hipertenso, diabético, foi submetido a gastroplastia redutora há 9 dias e chega ao pronto-socorro com queixa de dispneia associada a dor torácica já com 14 horas de evolução. Ao exame, apresenta ferida operatória com deiscência em seu terço superior e presença de secreção purulenta em seus bordos, abdome globoso, mas flácido e indolor, extremidades frias e enchimento capilar lentificado. Dados vitais: PA 101/52 mmHg, FC 128 bpm, FR 32 ipm, T 37,5 °C e SpO₂ de 85% com O₂ suplementar em névoa 8 L/min. Laboratório com hemograma Hb 9 g/dL, leucócitos 14.300/mm³, lactato 3,6 mmol/L e troponina I 30 pg/mL (normal até 15 pg/mL). Raios X de tórax normal, exceto por cúpulas diafragmáticas elevadas. ECG com ritmo sinusal, mas T negativa em D3 e V1. Ecocardiograma à beira do leito demonstra dilatação de ventrículo direito e aumento significativo da pressão sistólica da artéria pulmonar. O diagnóstico provável no caso clínico descrito é:

- a) choque cardiogênico.
- ▶ b) choque obstrutivo.
- c) choque séptico.
- d) choque hipovolêmico.
- e) síndrome da resposta inflamatória sistêmica, sem choque.

30 - Em relação à infecção por *Candida* sp., assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Nos casos com candidemia, hemoculturas devem ser coletadas diariamente ou em dias alternados, para determinar a duração do tratamento com base no dia do clearance de *Candida* sp.
- b) Em pacientes com candidemia, uma equinocandina é recomendada como terapia inicial, principalmente nos casos graves, mesmo com baixa probabilidade de espécies resistentes ao fluconazol.
- c) O fluconazol pode ser indicado como terapia inicial nos casos com candidemia quando estáveis e com baixa probabilidade de espécies resistentes ao azólico.
- ▶ d) A presença de *Candida* sp. em secreções respiratórias indica infecção pulmonar, sendo recomendado seu tratamento inicial com uma equinocandina.
- e) A infecção do trato urinário por *Candida* sp. não deve ser tratada a não ser em pacientes de alto risco para candidíase invasiva, como aqueles que serão submetidos a manipulação urológica.

31 - A.C.C., 40 anos, etilista pesado, emagrecido (IMC < 18,5). Está internado há 48 horas na UTI por sepse pulmonar. Família refere que vem perdendo peso há uns 2 meses, pois não se alimenta corretamente. Ao exame clínico, está sonolento e com sinais de insuficiência renal e respiratória. Optou-se por suporte com hemodiálise e ventilação mecânica invasiva com FiO₂ 35% e PEEP 8 cmH₂O. Evoluiu estável, embora com evacuações líquidas de 2 a 3 episódios nas últimas 24 horas e necessitando de noradrenalina 0,05 mcg/kg/min. Laboratório com glicemia de 220 mg/dL, albumina 2,2 mg/dL, gasometria com pH 7,35; PaO₂ 80 mmHg, PaCO₂ 38 mmHg, HCO₃ 20 mEq/L, BE -5,5; SaO₂ 98%. A respeito do quadro descrito, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () A glutamina está indicada via enteral, pois o paciente está desnutrido, em catabolismo intenso e com diarreia.
- () A dieta agressiva está indicada para esse paciente, mas deve-se iniciar de forma lenta, pois há grande risco de síndrome de realimentação.
- () O uso de droga vasoativa contraindica a evolução das calorías e proteínas, devendo-se manter a dieta trófica até sua retirada.
- () Devido à presença de hiperglicemia com diarreia, será obrigatório o uso de dieta específica para hiperglicemia com fibras.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- ▶ a) F – V – F – F.
- b) V – V – F – V.
- c) F – V – V – V.
- d) F – F – V – F.
- e) V – F – V – F.

32 - A AHA (*American Heart Association*) atualizou, em 2015, as diretrizes para reanimação cardiopulmonar (RCP) e atendimento cardiovascular de emergência (ACE). Com base nessas alterações, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () A medida por capnografia de CO₂ expirado pelo TOT abaixo de 10 mmHg, após 20 min RCP, significa probabilidade muito baixa de ressuscitação, embora não deva ser usado como parâmetro isolado de término das manobras.
- () Esteroides não mostraram benefício na RCP intra-hospitalar.
- () A vasopressina foi removida do algoritmo de RCP em adultos, visto que não oferece nenhuma vantagem sobre a adrenalina.
- () As compressões cardíacas devem ter intervalo de 100-120/min e a profundidade não deve ser superior a 6 cm, por risco de lesões torácicas.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- a) F – V – V – F.
- b) V – F – F – V.
- ▶ c) V – F – V – V.
- d) F – V – F – V.
- e) V – V – F – F.

33 - Com relação ao conceito e diagnóstico de sepse, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () A sepse é causa primária de morte por infecções, especialmente se não for reconhecida e tratada prontamente. Seu reconhecimento demanda atenção imediata.
- () A sepse usualmente se manifesta de forma idêntica, independentemente de comorbidades prévias, uso de medicações, idade ou foco da infecção.
- () A frequência respiratória elevada, alteração do nível de consciência e pressão arterial ≤ 100 mmHg são indicadores, na suspeita de infecção, de maior risco de uma evolução desfavorável, sendo indicada uma investigação para sepse.
- () A sepse pode promover disfunção orgânica de maneira oculta. Por isso, no caso de uma disfunção sem causa aparente, o diagnóstico de sepse deve ser sempre considerado.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- ▶ a) V – F – V – V.
- b) F – V – V – F.
- c) V – F – F – V.
- d) F – F – V – F.
- e) V – V – F – V.

34 - L.M.D., 31 anos, puérpera com 21 dias, previamente hígida, foi admitida na UPA matriz com história de coriza hialina e febre (38,0 °C) iniciada há 5 dias, mas evoluindo com dispneia e piora progressiva nos últimos dois dias. Ainda na UPA, iniciaram ceftriaxona, azitromicina e oseltamivir em doses adequadas. Após 12 horas, ela foi finalmente transferida para a UTI do HC-UFPR, apresentando, ao chegar, sinais de fadiga ventilatória com uso de musculatura acessória, sendo optado por intubação orotraqueal e suporte em ventilação mecânica com FiO₂ de 80% e PEEP de 8 cmH₂O. Quarenta e cinco minutos após a admissão, apresentava gasometria com pH 7,28, PaO₂ 72 mmHg, PaCO₂ 45 mmHg, HCO₃ 18 mEq/L, BE -5,5, SaO₂ 86%. A complacência estática pulmonar calculada foi de 30 mL/cmH₂O. Raios X de tórax com opacidades interstício-alveolares bilaterais. Em relação ao caso clínico descrito, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) O caso clínico representa um exemplo de “síndrome da angústia respiratória do adulto” forma grave conforme os critérios de Berlin e a pneumonia por influenza é um dos diagnósticos prováveis.
- b) A utilização da posição prona é fortemente indicada, já que a relação PaO₂/FiO₂ é menor que 120, visando, entre outras ações, reduzir a injúria secundária à ventilação mecânica e melhorar a relação entre ventilação x perfusão pulmonar.
- c) O uso de bloqueadores musculares é recomendado nas primeiras 48 horas do diagnóstico, visando maior controle do volume corrente, reduzir assincronia com o ventilador e promover menor consumo energético.
- d) Acidose respiratória com pH > 7,2 pode ser tolerada visando garantir uma ventilação protetora, o que é denominado hipercapnia permissiva.
- ▶ e) Considerando a baixa complacência estática pulmonar, ventilação assisto-controlada é indicada, já que o uso da musculatura diafragmática contribui para o aumento do volume corrente e assim melhora a oxigenação.

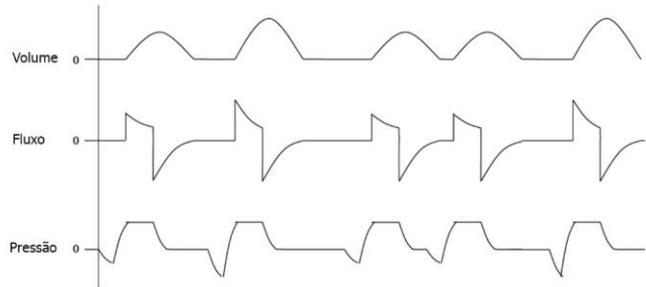
35 - Sobre a síndrome do QT longo adquirida e o manejo na prevenção das arritmias ventriculares, é correto afirmar:

- a) A utilização da quinidina nesse paciente é acertada.
- b) A presença de bradicardia sinusal é um fator de proteção.
- c) A correção de hipomagnesemia deve ser evitada.
- ▶ d) A administração de isoproterenol EV é protetora.
- e) A correção de hipocalcemia não deve ser realizada nesse momento.

36 - J.S.O., 26 anos, foi internado na Unidade de Terapia Intensiva com colar cervical semirrígido, vítima de acidente com moto versus anteparo. Ao exame clínico, estava confuso, Glasgow 13 e paraplegia crural. Dados vitais: PA 60/30 mmHg, FC 60 bpm, FR 32 ipm, T 37,4 °C, SpO₂ 90%. Após passar cateter central, a PVC aferida foi 6 mmHg. Raios X de tórax mostravam infiltrados difusos, optando por intubação traqueal e suporte ventilatório invasivo. Tomografias computadorizadas de crânio, coluna cervical e abdome foram normais. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta apropriada para o caso.

- Traumatismo crânio-encefálico grave – reposição volêmica, noradrenalina, cateter subdural para monitorização da PIC com drenagem de liquor, se necessário, e cateter de bulbo venoso jugular para monitorização da extração cerebral de oxigênio.
- Choque hipovolêmico – reposição volêmica, noradrenalina, suporte ventilatório com volume corrente de 4 mL/kg e PEEP baixa.
- ▶ c) Choque neurogênico – reposição volêmica, noradrenalina, suporte ventilatório com volume de 6 mL/kg e PEEP otimizada.
- Choque cardiogênico por contusão cardíaca – dopamina e/ou dobutamina e suporte ventilatório não invasivo com desmame precoce da ventilação invasiva.
- Pneumonia aspirativa e sepses – reposição volêmica, antibioticoterapia e suporte ventilatório com ventilação protetora.

37 - A figura ao lado mostra as curvas de pressão, fluxo e volume da ventilação mecânica. Essas curvas representam qual modo ventilatório?



- Ventilação mandatória intermitente sincronizada (SIMV).
- Ventilação com pressão de suporte.
- ▶ c) Ventilação assisto-controlada a pressão.
- Pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP).
- Ventilação assisto-controlada a volume.

38 - R.I.N., 59 anos, 72 kg, diabético, hipertenso, com sequela de AVCI há 3 anos, mas sem internamento recente, chega ao Pronto-Socorro com PA 105/50 mmHg, FC 115 bpm, FR 21 ipm, T 37,8 °C, SpO₂ 88% em ar ambiente. Ao exame clínico, apresenta ausculta com sibilos difusos expiratórios, sem uso de musculatura acessória. Raios X de tórax com opacidade interstício-alveolar em ambas as bases pulmonares. Laboratório: hemograma com 13.200 leucócitos, neutrofilia e 15% bastões e procalcitonina de 5,2 ng/mL. É a escolha antibiótica apropriada nesse cenário:

- cefepime + gentamicina.
- ▶ b) moxifloxacino.
- meropenem.
- ampicilina.
- piperacilina-tazobactam + azitromicina.

39 - Quanto aos principais distúrbios eletrolíticos e suas causas, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. Hiponatremia euvolêmica. | () Mieloma múltiplo. |
| 2. Hiponatremia hipervolêmica. | () Insuficiência cardíaca congestiva. |
| 3. Hiponatremia hipovolêmica. | () Pneumonia com presença de secreção inapropriada do ADH. |
| 4. Pseudo-hiponatremia. | () Colite pseudomembranosa. |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta na coluna da direita, de cima para baixo.

- 3 – 4 – 1 – 2.
- 3 – 1 – 2 – 4.
- ▶ c) 4 – 2 – 1 – 3.
- 4 – 1 – 2 – 3.
- 1 – 2 – 3 – 4.

40 - B.B.B., 68 anos, relata dor torácica com início há 5 horas, associada a náuseas e vômitos. História de tabagismo, mas parou há 15 anos, dislipidemia e hipertensão arterial. Ao exame apresenta PA 165/95 mmHg, FC 95 bpm, FR 22 ipm, T 36,7 °C, SpO₂ 94%. ECG sem sinais de alteração isquêmica aguda e ritmo sinusal. Quanto à conduta apropriada nesse cenário, assinale a alternativa correta.

- ▶ a) A paciente deve permanecer em uma unidade de dor torácica, com ECG contínuo, e seriar enzimas, confirmando-se o diagnóstico de IAM sem supradesnível de ST se as enzimas estiverem alteradas.
- A paciente deve permanecer em uma unidade de dor torácica até controle da hipertensão e realizar eletivamente algum teste dinâmico, como ecocardiograma de estresse ou cintilografia miocárdica, já que o ECG foi normal.
- Se amostras de enzimas cardíacas forem normais, fica descartado o diagnóstico de infarto do miocárdio e de angina, podendo a paciente ser liberada para casa.
- A pressão arterial deve ser reduzida imediatamente e ainda no pronto-socorro, não havendo necessidade de seriar enzimas cardíacas caso ocorra melhora da dor epigástrica.
- Por se trata de paciente idosa, ex-tabagista e com várias comorbidades, deve-se iniciar AAS, inibidor de ADP, anticoagulação e terapia de reperfusão com trombólise mecânica.

41 - Considerando as recomendações mais atuais (ACLS 2015) para o tratamento de pacientes adultos em parada cardiorrespiratória (PCR), assinale a alternativa que indica boa qualidade das manobras de reanimação.

- a) Compressões torácicas com mais de 6 cm de profundidade e frequência acima de 120/min.
- ▶ b) CO₂ expirado pelo tubo endotraqueal maior que 10 mmHg, com aumento progressivo nesse valor.
- c) Verificação frequente do retorno do pulso espontâneo, parando as compressões sempre por menos de 10 segundos.
- d) Relação entre compressão e ventilação de 30:2, com ventilações rigorosas e com dois a três segundos de duração.
- e) Socorrista treinado apoiando seu peso sobre o tórax entre as compressões para garantir adequada profundidade.

42 - São sinais indicadores de intubação orotraqueal difícil, EXCETO:

- a) pescoço curto e grosso.
- b) Mallampati III.
- c) terceiro trimestre de gestação.
- ▶ d) distância tireomentoniana > 6 cm.
- e) distância interincisivos < 3 cm.

43 - São escolhas antibióticas no tratamento de infecções por bactérias multirresistentes, EXCETO:

- a) sulfametoxazol + trimetropin, para bacteremia por *Stenotrophomonas maltophilia*.
- b) ertapenem, para sepse urinária por *Escherichia coli* ESBL.
- c) daptomicina, para endocardite de tricúspide por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina.
- ▶ d) linezolide, para infecção primária de corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus* resistente a oxacilina.
- e) tigeciclina, para sepse abdominal com foco controlado (múltiplos germes).

44 - São estratégias apropriadas na prevenção e controle do delírio no ambiente hospitalar, EXCETO:

- a) tratamento correto e coordenado da doença de base, analgesia e controle apropriado da dor evitando se possível opioides, contenção mecânica nos casos hiperativos com risco elevado de queda do leito, uso de haloperidol 5 mg IM 12/12h.
- ▶ b) orientação temporoespacial regular, pistas visuais como relógios, medidas de conforto como luzes apagadas e evitar uso de fraldas com sondagem vesical de demora, uso de clonazepam para induzir o sono.
- c) fisioterapia motora com saída regular do leito (se possível), liberar uso de óculos e aparelhos auditivos quanto necessário, evitar aferição do dextro ao longo da noite, uso de quetiapina 25 mg de 8/8 horas.
- d) liberar a presença de familiares em horário estendido, ambientes com janelas para o meio externo, infusão de dexmedetomidina EV contínuo.
- e) nos pacientes sob ventilação mecânica, realizar retirada diária da sedação e se possível manter o RASS entre 0 e -1, analgesia conforme escala de dor aferida regularmente, suporte nutricional adequado, preferir propofol no lugar dos benzodiazepínicos como estratégia de sedação.

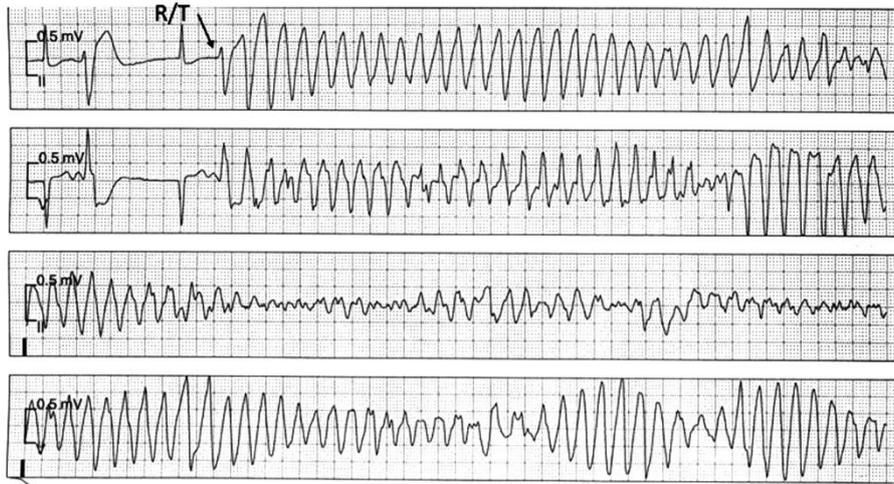
45 - Quanto à monitorização e tratamento da insuficiência renal aguda (IRnA) em pacientes hospitalizados, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () O cálculo da fração excretada de sódio (FENa) é um marcador útil da função tubular renal, sendo usualmente menor que 1% na IRnA pré-renal. Nos pacientes em uso de diurético, o cálculo do FEUreia pode ser mais útil.
- () Doses maiores de plasma fresco é uma estratégia útil na reversão da disfunção plaquetária induzida pela uremia em pacientes com hemorragia ativa de mucosas.
- () A furosemida pode ser usada para corrigir sobrecarga de volume em pacientes responsivos. Apresentar resposta a furosemida é um sinal de bom prognóstico, mas não está associado a conversão de IRnA oligúrica para não oligúrica.
- () Agentes terapêuticos como dopamina, nesiritide, fenoldopam e manitol são indicados na fase inicial da IRnA, evitando a forma oligúrica da doença.
- () Solução isotônica de bicarbonato, n-acetilcisteína e vastatina para a prevenção de IRnA, associada ao uso de contrastes endovenosos e pré-condicionamento isquêmico (insuflação do manguito a até 200 mmHg por 5 min em um dos membros superiores) para a prevenção de IRnA no pós-operatório, são estratégias usadas atualmente, mas ainda sem claras evidências sobre seus benefícios.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

- ▶ a) V – F – V – F – V.
- b) F – V – F – V – F.
- c) F – V – V – F – F.
- d) V – V – F – F – V.
- e) V – F – V – V – V.

46 - W.A.C., 64 anos, hipertensa e diabética, em uso regular de enalapril e hidroclorotiazida, procurou a UPA já faz 5 dias por queixa de tosse e febre não aferida, sendo medicada com eritromicina e antitérmicos. Retorna agora ao pronto-socorro com história de síncope algumas horas antes. ECG convencional com presença de BAV 2º grau, sendo solicitada admissão na UTI para observação e suporte clínico. Na UTI, já monitorizada, refere queixa de palpitação, queimação retroesternal e nova síncope. O monitor cardíaco apresenta o seguinte traçado:



Quanto a diagnóstico e conduta apropriada nesse cenário, assinale a alternativa correta.

- Trata-se de taquicardia ventricular do tipo monomórfica. Iniciar massagem cardíaca e ventilações de resgate na proporção 30:2. Realizar cardioversão assim que possível com 360 J e reiniciar ciclo de massagem cardíaca e ventilações antes de checar o ritmo após o choque.
- Trata-se de taquicardia ventricular do tipo torsades de pointes. Realizar cardioversão elétrica com 100 J e iniciar amiodarona dose de ataque (300 mg) seguida de infusão contínua por 24 h da mesma droga.
- Trata-se de fibrilação ventricular. Solicitar o desfibrilador. Iniciar massagem cardíaca e ventilações de resgate na proporção 30:2. Desfibrilar assim que possível com 360 J e reiniciar ciclo de massagem cardíaca e ventilações antes de checar o ritmo após o choque.
- ▶ d) Trata-se de taquicardia ventricular do tipo torsades de pointes. Instalar marcapasso percutâneo com frequência acima da frequência cardíaca (*overdrive*), solicitar dosagem de eletrólitos e iniciar infusão de sulfato de magnésio endovenoso.
- Trata-se de taquicardia ventricular do tipo monomórfica. Realizar cardioversão elétrica com 360 J e iniciar betabloqueador para evitar novo evento enquanto protege o coração de possível isquemia, já que paciente apresentou dor torácica típica.

47 - Em relação ao tratamento de pacientes com pancreatite aguda, assinale a alternativa INCORRETA.

- Pacientes com pancreatite aguda associada a colangite aguda deveriam ser submetidos a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada nas primeiras 24 horas da admissão.
- O uso rotineiro de antibioticoterapia ou terapia antifúngica profilática nos pacientes com pancreatite aguda severa não está recomendado.
- ▶ c) Nos pacientes com pancreatite aguda grave, a alimentação enteral é mais eficaz para a oferta de calorias e mais segura quando infundida por sonda nasojejunal do que por sonda nasogástrica.
- Nos pacientes com pancreatite aguda grave a nutrição parenteral deve ser evitada, exceto se a via enteral não estiver disponível, não for tolerada ou não estiver atingindo requerimentos calóricos.
- Em pacientes com pancreatite leve e achado de cálculos em vesícula biliar, a colecistectomia deveria ser realizada antes da alta do paciente, com objetivo de evitar recorrência da pancreatite.

48 - A.R.F., 60 anos, com diagnóstico de exacerbação aguda de doença pulmonar obstrutiva crônica, foi intubado no serviço de emergência por insuficiência respiratória. Chega à UTI sedado, com extremidades frias. Dados vitais PA 80/50 mmHg, FC 120 bpm, T 37,0 °C, SpO₂ 90%. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido em todo o tórax e sibilância discreta. Bulhas cardíacas arrítmicas. ECG apresenta extrassístoles supraventriculares. Em ventilação mecânica com os seguintes parâmetros: modo volume controlado, volume corrente = 7 ml/kg de peso ideal, frequência respiratória de 20 ipm, FiO₂ = 70%, PEEP = 6 cmH₂O, pressão de pico inspiratório = 45 cmH₂O, pressão de platô = 30 cmH₂O. Laboratório gasometria arterial da admissão pH 7,1; PaO₂ 58 mmHg, PaCO₂ 80 mmHg, HCO₃ 27 mEq/L, BE -5,0; SaO₂ 89% e lactato arterial 4 mmol/L. A terapia imediata indicada para esse paciente é:

- drenagem torácica imediata bilateral.
- reposição volêmica de 20 ml/kg de peso, iniciar noradrenalina, coleta de hemoculturas e início imediato de antibiótico. Trocar modo ventilatório para pressão controlada.
- ▶ c) reduzir a frequência respiratória e o volume corrente, com o objetivo de alargar a relação I:E. Aumentar a PEEP.
- aumentar a frequência respiratória para reduzir a PaCO₂ e iniciar corticoide EV em altas doses, associado a beta2-agonista por via parenteral (SC ou EV).
- sedação profunda e bloqueio neuromuscular para permitir uma ventilação mais controlada e iniciar droga vasoativa.

49 - F.M.R., 74 anos, com história prévia de hipertensão arterial, diabetes mellitus e tratamento recente de pneumonia com uso de moxifloxacino, foi admitido na UTI por quadro de inapetência e sonolência com 2 dias de evolução. Apresenta tosse produtiva, oligúria e episódios de vômitos descritos como do tipo “borra de café”. Ao exame clínico, apresenta abertura ocular ao chamado, mucosas hipocoradas e desidratadas, roncospulmonares esparsos. Dados vitais: PAM 90/40 mmHg, FC 85 bpm, FR 24 ipm, T 35,7 °C e SpO₂ de 92%. A respeito do manejo inicial desse quadro, assinale a alternativa correta.

- a) O antibiótico inicial apropriado nesse caso poderia ser uma cefalosporina de terceira geração associada com um macrolídeo.
- ▶ b) Aplicando o qSOFA, o paciente apresenta alta probabilidade de sepses. Portanto, deve-se coletar exames laboratoriais incluindo lactato e hemoculturas, iniciar reposição volêmica criteriosa e antibioticoterapia de amplo espectro.
- c) Vômitos do tipo “borra de café” usualmente indicam hemorragia digestiva. Por tratar-se de choque hipovolêmico, o paciente deve ser estabilizado com drogas vasoativas e realizar endoscopia digestiva assim que possível.
- d) Deve-se iniciar reposição volêmica e levar em consideração os sinais clínicos para o diagnóstico de sepses apenas se não houver melhora dos níveis pressóricos (não responsividade a volume).
- e) Para o manejo do choque circulatório, iniciar a infusão de 30 mL/kg de cristaloides e administrar dopamina em dose beta-adrenérgica. O uso de noradrenalina está indicado se o choque for refratário ao tratamento inicial.

50 - M.J.R., 55 anos, 75 kg, portadora de diabetes mellitus tipo II, foi transferida para a UTI cirúrgica do HC-UFPR após ser submetida a colectomia parcial e colostomia na técnica de Hartmann devido a abdome agudo obstrutivo secundário a tumor de cólon. Na oitava hora após sua admissão, apresenta 450 mL de diurese, 100 mL de estase gástrica e encontra-se com Glasgow 15, colaborativo, mas com dor abdominal. Dados vitais: PAM 73 mmHg, FC 102 bpm, FR 20 ipm, T 37,2 °C e SpO₂ 93% com O₂ suplementar 2 L/min em cateter nasal. Ao exame, foi observado abdome doloroso, ruído hidroaéreo ausente e colostomia não funcionando. Em uso de norepinefrina 0,11 mcg/kg/min. Laboratório com lactato 1,6 mmol/L, SvcO₂ 72%. Em relação ao caso clínico descrito, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) Terapia profilática com heparina de baixo peso molecular e tratamento por alguns dias com cefalosporina de terceira geração associado com metronidazol são escolhas apropriadas.
- b) A otimização do controle da dor está indicada, podendo ser realizada com anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos, como dipirona ou paracetamol, na ausência de histórico de alergias ou intolerância.
- c) Mobilização do paciente, inclusive fora do leito, pode ser feita após otimização da analgesia.
- d) O uso de sonda nasogástrica promove prolongamento do íleo paralítico, desconforto da paciente e retardo no início da dieta enteral.
- ▶ e) A dieta oral está contraindicada, devido à ausência de ruídos hidroaéreos e colostomia sem débito, sendo necessário observar a paciente por mais algumas horas.