



EDITAL Nº 01/COREME/2016

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA



ESPECIALIDADE: **Medicina Intensiva**

## INSTRUÇÕES

1. O tempo total concedido para a resolução desta prova é de **três** horas, incluindo o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
2. Confira, no cartão-resposta, seu nome e seu número de inscrição e registre essas informações nos espaços abaixo. Coloque seu nome e assine no local indicado. Verifique, no cartão-resposta, se há marcações indevidas nos campos destinados às respostas. Se houver, reclame imediatamente ao fiscal.
3. Depois de autorizado pelo fiscal, verifique se faltam folhas neste caderno, se a sequência de **trinta** questões está correta e se há imperfeições gráficas que possam causar dúvidas. Comunique imediatamente ao fiscal qualquer irregularidade.
4. Cada questão objetiva é apresentada com **cinco** alternativas diferentes de respostas (de **“A”** a **“E”**), das quais apenas **uma é correta**.
5. A interpretação das questões é parte integrante da prova, não sendo permitidas perguntas aos fiscais. Utilize os espaços e/ou páginas em branco para rascunho. Não destaque folhas deste caderno, **exceto** a grade constante da última folha.
6. Transcreva as respostas para o cartão-resposta com caneta esferográfica transparente de tinta **preta** (preferencialmente) ou **azul**. O cartão-resposta será o único documento válido para efeito de correção. **Em hipótese alguma ocorrerá sua substituição por erro de preenchimento ou qualquer dano causado por você.**
7. Durante a realização da prova não será permitida comunicação entre candidatos ou pessoas estranhas ao Processo Seletivo, bem como consulta a livros, revistas, folhetos ou anotações, nem porte/uso de relógio de qualquer modelo, de telefones celulares ou de qualquer outro equipamento eletrônico, de bonés, de chapéus ou de qualquer outra cobertura. É vedada também a ingestão de alimentos e bebidas, com exceção de água acondicionada em embalagem plástica transparente, sem rótulo e/ou etiquetas.
8. Caso esteja portando algum dos objetos mencionados acima, eles deverão ser embalados, identificados e deixados à frente na sala, em local visível, antes do início da prova. Embalagens para tal fim serão fornecidas pela COPERVE/UFSC. Objetos eletrônicos deverão estar desligados.
9. Ao terminar, entregue ao fiscal o seu caderno de prova e o cartão-resposta. Você só poderá entregar este material e se retirar definitivamente do local de prova após **uma** hora do início da prova.
10. Os **três** últimos candidatos somente poderão entregar as suas provas e o cartão-resposta e retirar-se do local simultaneamente.
11. Para conferir suas respostas com o gabarito oficial quando da sua divulgação, anote-as na grade disponibilizada na última folha do caderno de prova, a qual poderá ser destacada e levada com você.

ASSINATURA

INSCRIÇÃO

NOME DO(A) CANDIDATO(A)

**Para todas as questões desta prova, assinale a alternativa CORRETA e transcreva a resposta para o cartão-resposta.**

**01)** Segundo os atuais padrões (*guidelines*) da American Heart Association (AHA) de 2015, para o atendimento da parada cardiorrespiratória, é correto afirmar que:

- A ( ) a relação entre as compressões torácicas e as ventilações devem ser de 30:2 com apenas um socorrista e de 15:2 com dois ou mais socorristas.
- B ( ) nos pacientes não intubados, deve-se realizar de 10 a 12 ventilações por minuto, não sincronizadas com as compressões torácicas.
- C ( ) as compressões torácicas devem ser realizadas numa frequência de 100 a 120 por minuto.
- D ( ) nos pacientes intubados, deve-se realizar de 12 a 15 ventilações por minuto, sincronizadas com as compressões torácicas.
- E ( ) quando o ritmo cardíaco inicial for de AESP (atividade elétrica sem pulso), devem ser realizadas duas ventilações de resgate antes das compressões torácicas.

**02)** Entre os mecanismos fisiopatológicos causadores de hipoxemia, qual apresenta maior resistência à melhora, após o início de oxigenoterapia?

- A ( ) Hipoventilação alveolar (diminuição do *drive* respiratório).
- B ( ) Shunt (alvéolo não ventilado e capilar normalmente perfundido).
- C ( ) Distúrbio de difusão (espessamento da membrana/espaço alvéolo-capilar).
- D ( ) Aumento do espaço morto (alvéolo bem ventilado e capilar não perfundido).
- E ( ) Baixa fração inspirada de oxigênio no ambiente (grandes altitudes).

**03)** Num paciente com isquemia miocárdica aguda (IAM) e choque cardiogênico, qual a medida terapêutica mais apropriada?

- A ( ) Encaminhar para imediata reperfusão das coronárias por angioplastia primária ou cirurgia cardíaca (ponte de safena ou revascularização com a artéria mamária interna).
- B ( ) Aguardar a estabilização do quadro clínico por pelo menos 12 horas antes de indicar medidas mais agressivas.
- C ( ) Fazer trombolítico endovenoso (estreptoquinase) até 90 minutos após a internação.
- D ( ) Iniciar com droga vasoativa (dopamina) para estabilização e aguardar 12 horas para indicar medidas mais agressivas.
- E ( ) Iniciar com betabloqueador para diminuir o consumo de oxigênio e aguardar 12 horas para indicar medidas mais agressivas.

**04)** Paciente do sexo feminino, 49 anos, hipertensa com tratamento irregular, apresenta dor torácica intensa seguida de perda da consciência e crise convulsiva. Ao dar entrada no serviço de emergência, o exame físico apresenta hipotensão arterial, diminuição de pulsos em MSE e MMII, hemiparesia à direita; exame de raios-x de tórax apresenta derrame pleural volumoso à esquerda. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A ( ) Acidente vascular encefálico isquêmico.
- B ( ) Tromboembolismo pulmonar.
- C ( ) Aneurisma dissecante com ruptura de aorta torácica.
- D ( ) Infarto agudo do miocárdio.
- E ( ) Pancreatite aguda.

**05)** Quais metas terapêuticas dever-se buscar num paciente internado na UTI, objetivando a melhor qualidade da assistência?

- A ( ) PAM acima de 85 mmHg,  $paO_2$  acima de 95 mmHg, hemoglobina acima de 10 g/dL, glicemia abaixo de 100 mg/dL.
- B ( ) PAM acima de 85 mmHg,  $paO_2$  acima de 70 mmHg, hemoglobina acima de 10 g/dL, glicemia abaixo de 100 mg/dL.
- C ( ) PAM acima de 50 mmHg,  $paO_2$  acima de 70 mmHg, hemoglobina acima de 7 g/dL, glicemia abaixo de 150 mg/dL.
- D ( ) PAM acima de 65 mmHg,  $paO_2$  acima de 70 mmHg, hemoglobina acima de 7 g/dL, glicemia abaixo de 180 mg/dL.
- E ( ) PAM acima de 100 mmHg,  $paO_2$  acima de 90 mmHg, hemoglobina acima de 10 g/dL, glicemia abaixo de 120 mg/dL.

**06)** Em relação à profilaxia de trombose venosa profunda e de tromboembolismo pulmonar, quais condições são contraindicações absolutas ao uso de heparinas?

- A ( ) Artroplastia de quadril recente, pacientes obesos e cardiopatas.
- B ( ) Sepses, cetoacidose diabética e infarto agudo do miocárdio.
- C ( ) Pancreatite aguda, grande queimado e colangite.
- D ( ) Cirurgia intracraniana nos últimos dias, número de plaquetas menor que 30.000/microlitro e sangramento digestivo ativo.
- E ( ) Cirurgia torácica recente, hepatites virais e insuficiência renal (CICr < 30 mL/min).

**07)** Quais os achados prováveis na gasimetria arterial, num paciente jovem sem comorbidades, com pneumonia comunitária grave, com taquidispneia e hipotensão?

- A ( ) Hipoxemia, hipocapnia e bicarbonato baixo.
- B ( ) Hipoxemia, hipercapnia e bicarbonato baixo.
- C ( ) Hipoxemia, hipocapnia e bicarbonato elevado.
- D ( ) Hipoxemia, hipercapnia e bicarbonato elevado.
- E ( ) Hiperoxemia, hipocapnia e bicarbonato elevado.

**08)** Quais alterações eletrocardiográficas pode-se encontrar na hipopotassemia?

- A ( ) Onda T bimodal, encurtamento do intervalo PR e complexo QRS estreito.
- B ( ) Onda T apiculada, PR prolongado, depressão do ST e onda U ausente.
- C ( ) Achatamento do segmento ST, redução na amplitude da onda T e aumento da amplitude da onda U; nos casos mais graves, aumento da amplitude e largura da onda P e alargamento do complexo QRS.
- D ( ) Diminuição da amplitude e largura da onda P, aumento da amplitude e duração da onda T e alargamento do complexo QRS.
- E ( ) Onda T apiculada, PR prolongado, ausência de onda P e encurtamento do complexo QRS.

**09)** Com relação ao estado de coma, é correto afirmar que:

- A ( ) intubação orotraqueal está formalmente indicada quando a escala de coma de Glasgow é menor que 12.
- B ( ) a abordagem inicial, na presença de uma causa não rapidamente reversível, deve incluir estabilização da coluna cervical, intubação orotraqueal, ventilação, acesso venoso periférico, tendo como metas  $SpO_2 > 94\%$ ,  $PaCO_2$  35-45 mmHg e PAM  $\geq 80$  mmHg.
- C ( ) a presença de assimetria no exame neurológico aponta para uma provável causa metabólica.
- D ( ) pupilas mióticas, isocóricas, com reflexo oculomotor presente bilateral indicam provável intoxicação por benzodiazepínicos.
- E ( ) está indicada a realização de tomografia computadorizada de crânio em todos os casos para o diagnóstico diferencial.

**10)** Sobre a hemorragia subaracnóidea, é correto afirmar que:

- A ( ) hipertensão arterial induzida, juntamente com hemodiluição e hipervolemia, a chamada terapia do triplo-H, formam a base atual para o tratamento do vasoespasm.
- B ( ) no caso de aneurisma não clipado, deve-se manter pressão arterial sistólica acima de 180 mmHg pelo risco de vasoespasm.
- C ( ) a ausência de sangue na tomografia de crânio afasta a possibilidade de hemorragia subaracnóidea.
- D ( ) a meta de pressão arterial sistólica para o aneurisma não ocluído é mantê-la abaixo de 160 mmHg pelo risco de ressangramento.
- E ( ) a nimodipina deve ser administrada apenas na presença de vasoespasm pelo risco de hipotensão.

**11)** Paciente do sexo masculino, 36 anos, vítima de acidente automobilístico, chega ao pronto-socorro com PA= 210/100 mmHg, FC= 54 bpm, FR= 16 rpm, SpO<sub>2</sub>= 97%. Ao exame neurológico, não apresenta abertura ocular, emite sons incompreensíveis e apresenta retirada inapropriada de MSE ao estímulo algico. Pupilas revelam anisocoria, com midríase fixa à direita. Qual a abordagem adequada para o caso?

- A ( ) O paciente deve receber tratamento anti-hipertensivo pelo risco de progressão de possíveis hematomas intracranianos.
- B ( ) A hiperventilação deve ser mantida durante toda a fase aguda para profilaxia da hipertensão intracraniana.
- C ( ) Não há necessidade de intubação orotraqueal, pois o paciente apresenta estabilidade respiratória.
- D ( ) Deve-se administrar glicose hipertônica e tiamina para descartar componente metabólico para o estado de coma do paciente; se não houver recuperação do nível de consciência, proceder à intubação orotraqueal.
- E ( ) O paciente apresenta sinais de hipertensão intracraniana com provável herniação transtentorial de uncus; a conduta inicial inclui, além de cuidados com a coluna cervical, sedação, intubação orotraqueal, hiperventilação leve e administração de terapia hiperosmolar.

**12)** Com relação aos princípios de hemodinâmica e aos estados de choque, é correto afirmar que:

- A ( ) os principais determinantes da oferta de oxigênio aos tecidos são o débito cardíaco, a concentração e a saturação da hemoglobina.
- B ( ) responsividade a volume consiste no aumento da pressão venosa central com a administração de volume.
- C ( ) a presença de hipotensão arterial é necessária para definir que o paciente encontra-se em estado de choque.
- D ( ) a utilização de inotrópico, como a dobutamina, aumenta a resistência vascular sistêmica e a pressão de perfusão tecidual.
- E ( ) hiperlactatemia está sempre associada a hipoperfusão tecidual.

**13)** Sobre o choque séptico, é correto afirmar que:

- A ( ) dopamina é o vasopressor de escolha para obter a meta de PAM  $\geq$  65 mmHg.
- B ( ) deve-se administrar 100 ml/kg de cristalóide antes de iniciar vasopressor.
- C ( ) o antibiótico deve ser administrado até a quarta hora do diagnóstico.
- D ( ) hidrocortisona 50 mg de 6/6h deve ser utilizada para todos os pacientes, em decorrência da elevada taxa de insuficiência adrenal.
- E ( ) as metas nas primeiras 6 horas são: PVC entre 8-12 mmHg, PAM  $\geq$  65 mmHg, diurese  $>$  0,5 mL/kg/h, saturação venosa central  $\geq$  70% e redução do lactato  $\geq$  10%.

**14)** Em relação à utilização de antibióticos, é correto afirmar que:

- A ( ) para o paciente internado na UTI, deve-se sempre utilizar antibiótico de amplo espectro na vigência de sepse.
- B ( ) a utilização precoce de antibióticos de amplo espectro diminui a incidência de desenvolvimento de bactérias multirresistentes no ambiente da UTI.
- C ( ) é imperiosa a administração do antibiótico na primeira hora durante o atendimento do paciente com choque séptico, pois isso reduz a mortalidade.
- D ( ) meropenem é o antibiótico de escolha para o tratamento de infecção grave por estafilococos resistentes à oxacilina.
- E ( ) linezolida deve ter sua dose corrigida para o clearance de creatinina nos pacientes com insuficiência renal aguda.

**15)** Sobre a abordagem do paciente com suspeita de morte encefálica, é correto afirmar que:

- A ( ) a administração em bólus e em dose única de depressores do sistema nervoso central, como midazolam, não necessita de intervalo para abertura do protocolo de diagnóstico.
- B ( ) provas gráficas de fluxo, como *doppler* transcraniano, podem ser alteradas pela presença de distúrbios metabólicos, como hipernatremia grave.
- C ( ) a presença de anisocoria, com uma pupila média e outra midriática, mesmo que arreflexas, impede o diagnóstico de morte encefálica.
- D ( ) para abertura do protocolo de diagnóstico, é necessária a constatação de lesão encefálica grave o suficiente para causar o estado de coma.
- E ( ) o eletroencefalograma é a prova gráfica de escolha para avaliação do paciente submetido à utilização de elevadas doses de barbitúrico.

**16)** Com relação à avaliação do potencial doador de órgãos e tecidos, é correto afirmar que:

- A ( ) a sepse é contraindicação absoluta para doação de órgãos e tecidos.
- B ( ) potencial doador com insuficiência renal aguda, mesmo que em hemodiálise, pode ser doador de rins.
- C ( ) a infecção por vírus da hepatite B e da hepatite C é contraindicação para doação de órgãos.
- D ( ) a presença de HIV é contraindicação universal para doação de órgãos.
- E ( ) os tumores de órgãos sólidos são contraindicação para doação de córneas.

**17)** Paciente do sexo masculino, 60 anos, hipertenso, diabético tipo II, dislipidêmico, antecedentes de insuficiência coronariana (revascularização miocárdica há dois anos), baixa adesão ao tratamento, dá entrada na emergência com quadro de dispneia iniciada há cerca de uma hora, não tolerando decúbito. Traz alguns exames complementares recentes que mostram função renal normal e ecocardiograma transtorácico com hipocinesia segmentar (parede anterior) sem disfunção valvar e com FE VE 50%. Ao exame físico: inquieto, não tolera decúbito, FC= 100 bpm (ritmo sinusal ao monitor), PA= 240/130 mmHg, Tax= 36,0 °C, SpO<sub>2</sub>= 88%, FR= 32 rpm, HGT 135, GCS 15, sem déficits neurológicos focais, ausculta cardíaca sem particularidades, ausculta respiratória com estertores crepitantes até terço médio bilateral, abdome sem particularidades, extremidades aquecidas, enchimento capilar imediato, ausência de edema periférico. Nega febre, sintomas gripais ou secreção de vias aéreas antecedendo o episódio. Instalada ventilação não invasiva com melhora do padrão ventilatório e iniciadas medidas clínicas. Sobre o quadro relatado, qual o perfil clínico do paciente e as medidas terapêuticas indicadas?

- A ( ) Quente/Úmido com predomínio de congestão. Iniciar terapia com vasodilatador (nitrito EV) + diurético.
- B ( ) Quente/Úmido com predomínio de congestão. Iniciar terapia com vasodilatador (nitrito EV) + suporte inotrópico com dobutamina + diurético e considerar ultrafiltração, se resistente ao diurético.
- C ( ) Quente/Úmido com predomínio de hipertensão. Iniciar terapia com vasodilatador (nitrito EV) + suporte inotrópico com dobutamina + diurético e considerar ultrafiltração, se resistente ao diurético.
- D ( ) Frio/Úmido. Iniciar vasodilatador (nitrito EV) + diurético + suporte inotrópico com dobutamina.
- E ( ) Quente/Úmido com predomínio de hipertensão. Iniciar terapia com vasodilatador (nitrito EV) + diurético.

**18)** Paciente do sexo masculino, 24 anos, internado em unidade de terapia intensiva sob suporte dialítico após intoxicação por paraquat há três dias (tentativa de autoextermínio). Hoje pela manhã, durante a avaliação diária, paciente encontra-se alerta, GCS 15, porém com leve desconforto ventilatório (tempo expiratório prolongado), sem alterações marcantes à ausculta pulmonar (discretos estertores subcrepitantes bibasais) e SpO<sub>2</sub> 85%. Qual a conduta correta para a hipoxemia nesse momento?

- A ( ) Oxigênio suplementar oferecido através de cânula nasal com alvo de SpO<sub>2</sub> > 92%.
- B ( ) Nebulização com beta-agonista de curta duração e oxigênio suplementar oferecido através de cânula nasal, fluxo a 3l/min, para SpO<sub>2</sub> > 92%.
- C ( ) Ventilação não invasiva com fluxo de oxigênio a 8l/min e objetivo de SpO<sub>2</sub> > 92%.
- D ( ) Evitar oxigenoterapia.
- E ( ) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica protetora com PEEP e FiO<sub>2</sub> tituladas de acordo com o protocolo ARDSnet para SpO<sub>2</sub> > 92%.

**19)** Paciente do sexo masculino, 56 anos, internado na unidade de terapia intensiva para monitorização hemodinâmica imediatamente após realização de endoscopia digestiva alta (EDA) efetiva para tratamento de úlcera gástrica com sangramento ativo. Ao exame físico, paciente em GCS 14 (sonolento após sedação para EDA), sinais vitais estáveis (PA= 115/70 mmHg, FC= 88 bpm, FR= 16 rpm, Tax= 36,3 °C, SpO<sub>2</sub>= 97%), ventilação espontânea em ar ambiente e sem recidiva do sangramento. Exames laboratoriais mostram contagem plaquetária de 250.000/mm<sup>3</sup> e TAP (RNI) 1,0, além de função renal normal. Sobre a profilaxia para tromboembolismo venoso para o paciente nesse momento, assinale a alternativa correta.

- A ( ) Iniciar profilaxia mecânica (meias de compressão progressiva ou botas de compressão pneumática) e avaliar possibilidade de introdução de profilaxia farmacológica diariamente.
- B ( ) Acompanhar com USG *doppler* venoso de membros inferiores e iniciar profilaxia farmacológica, se houver sinais de trombose venosa profunda.
- C ( ) Iniciar enoxaparina 40 mg SC 1x/dia.
- D ( ) Iniciar heparina não fracionada 5.000 UI SC 12/12h.
- E ( ) Iniciar heparina não fracionada 5.000 UI SC 8/8h.

**20)** Sobre a hemorragia digestiva alta (HDA) varicosa, é correto afirmar que:

- A ( ) todo paciente cirrótico com HDA deve receber antibioticoterapia de curto período (7 a 10 dias) com quinolona VO ou EV.
- B ( ) a terapia farmacológica com análogos da somatostatina deve ser iniciada logo após confirmação endoscópica do sangramento varicoso.
- C ( ) HDA em paciente cirrótico é uma emergência que requer pronto-atendimento com suporte hemodinâmico (expansão volêmica) e transfusões sanguíneas para Hb ~ 8g/dL.
- D ( ) é necessário aguardar pelo menos 12 horas para indicar a realização de endoscopia digestiva alta.
- E ( ) o uso do balão de Sengstaken-Blakemore está indicado como medida definitiva em casos de sangramento incontrolável.

**21)** Sobre o manejo da hemorragia digestiva alta (HDA) não varicosa, é correto afirmar:

- A ( ) transfundir todos os pacientes, meta de Hb > 9 g/dL.
- B ( ) iniciar inibidor de bomba de próton EV – omeprazol 80 mg (bólus) e 40 mg 12/12h (manutenção) por sete dias.
- C ( ) avaliar o perfil hemodinâmico à chegada do paciente e realizar expansão volêmica com cristalóide em caso de instabilidade.
- D ( ) após ressuscitação hemodinâmica, aguardar pelo menos 24 horas para realização de endoscopia digestiva alta.
- E ( ) em pacientes recebendo AAS como profilaxia cardiovascular secundária, após controle endoscópico e se baixo risco de recidiva do sangramento, o reinício do AAS deve ocorrer após três dias do tratamento endoscópico.

**22)** Paciente do sexo masculino, 47 anos, grande queimado (35% de superfície corporal queimada, maioria das lesões 2º grau profundo), no segundo dia de internação em Unidade de Terapia Intensiva, apresenta instabilidade hemodinâmica refratária a doses progressivamente maiores de drogas vasoativas. Recebeu expansão volêmica nas primeiras 24 horas com cristalóide, conforme fórmula de Parkland, e na prescrição atual recebe 1.000 ml de soro fisiológico (42 ml/h) e 1.000 ml (42 ml/h) de soro glicosado 5% nas 24 horas. No momento, afebril, noradrenalina 0,5 mcg/kg/min, PA= invasiva 80/40 mmHg (após conferir zero e curva no monitor), FC= 145 bpm (sinusal), PVC no monitor 6 mmHg (variando mais de 1 mmHg conforme ciclo respiratório), extremidades inferiores (não afetadas pela queimadura) frias e com tempo de enchimento capilar = 5s. Intubado, sedado (RASS -3), sem fácies de dor, confortável em ventilação mecânica com baixos parâmetros (PSV – PS 10 + PEEP 6 = Ppico 16 / FR 16 / FiO<sub>2</sub> 35% / VC 420ml). Exames laboratoriais coletados há uma hora mostram: hemoglobina 18,0 g/dL, hematócrito 54,0 g/dL, plaquetas 300.000/mm<sup>3</sup> e gasometria arterial com pH 7,13, PCO<sub>2</sub> 39, PO<sub>2</sub> 178, BE -15,7, SpO<sub>2</sub> 99%, lactato arterial 5,4. Qual a conduta correta para ajuste hemodinâmico?

- A ( ) Associação de suporte inotrópico – dobutamina – iniciando infusão em 5 mcg/kg/min.
- B ( ) Associação de vasopressina em infusão contínua até dose máxima de 0,03 U/min.
- C ( ) Calcular variação da pressão de pulso (delta Pp) e, se acima de 15%, expansão volêmica com cristalóide em bólus, reavaliando delta Pp após cada 500 ml de soro fisiológico ou ringer lactato infundido.
- D ( ) Ressuscitação volêmica com cristalóide em bólus, reavaliando, após cada 500 ml de soro fisiológico ou ringer lactato infundido, sinais vitais, perfusão periférica e ausculta pulmonar.
- E ( ) Calcular variação da pressão de pulso (delta Pp) e, se acima de 15%, expansão volêmica com coloide.

**23)** Paciente do sexo feminino, 30 anos, diabética tipo I, IRC dialítica (sem diurese residual há um ano), dá entrada na emergência com quadro de dispneia intensa iniciada há cerca de 12 horas, porém intensificado há uma hora. Vem em acompanhamento regular com endocrinologista e nefrologista, mas não compareceu à última sessão de hemodiálise (que estava agendada para o dia anterior) por problemas familiares. Ao exame físico: paciente inquieta, não tolera decúbito, fala entrecortada, prensa abdominal e tiragem subcostal. FC= 110 bpm, FR= 30 rpm, PA= 160/80 mmHg, SpO<sub>2</sub>= 85%, Tax= 36,5 °C, HGT 120. GCS 15, pupilas iso/foto+, ausência de déficits neurológicos focais. Ausculta cardíaca sem particularidades. Ausculta respiratória com crepitanes até ápice pulmonar. Abdome sem particularidades. Edema de membros inferiores +++/4+. Coletada gasometria arterial, cujo resultado mostrou: pH 7,30, PO<sub>2</sub> 65 mmHg, PCO<sub>2</sub> 30 mmHg, BE -4,0, Bic 18 mEq/L e SatO<sub>2</sub> 87%. Os últimos exames laboratoriais mostram creatinina 6,0, ureia 70 e potássio 4,0. Qual a conduta inicial adequada para o caso?

- A ( ) Instalar ventilação não invasiva, morfina 2 mg EV se necessário para adaptação, nitrato EV, estímulo diurético e, se resistente, ultrafiltração.
- B ( ) Intubação orotraqueal sob sequência rápida e ventilação mecânica, nitrato EV e ultrafiltração.
- C ( ) Instalar ventilação não invasiva, morfina 2 mg EV se necessário para adaptação, nitrato EV e ultrafiltração.
- D ( ) Intubação orotraqueal sob sequência rápida e ventilação mecânica, nitrato EV, estímulo diurético e, se resistente, ultrafiltração.
- E ( ) Ofertar oxigênio suplementar através de cânula nasal a 5 l/min e ultrafiltração.

**24)** Paciente do sexo feminino, 24 anos, é internada em UTI com quadro de insuficiência respiratória. Apresenta tosse produtiva e febre elevada há 48 horas, e os exames laboratoriais revelam leucócitos totais de 18.350/ $\mu$ L, creatinina de 0,9 mg/dL e consolidação em lobo inferior direito com broncogramas aéreos ao exame de raios-x. Não apresenta comorbidades e tem índice de massa corporal de 22 kg/m<sup>2</sup>. Encontra-se instável hemodinamicamente e foi colocada em regime de suporte ventilatório invasivo. Qual a melhor escolha de cobertura antimicrobiana para o caso?

- A ( ) Ciprofloxacino em dose de 400 mg a cada 12 horas por via endovenosa.
- B ( ) Piperacilina/tazobactam em dose de 4,5 g a cada 6 horas e levofloxacino em dose de 500 mg/dia, ambos por via endovenosa.
- C ( ) Ceftriaxona em dose de 2 g/dia e azitromicina em dose de 500 mg/dia, ambos por via endovenosa.
- D ( ) Levofloxacino em dose de 750 mg/dia por via enteral.
- E ( ) Vancomicina em dose de 1 g a cada 12 horas e levofloxacino em dose de 500 mg/dia, ambos por via endovenosa.

**25)** Em relação ao regime de suporte nutricional a ser oferecido à paciente do caso acima, é correto afirmar que:

- A ( ) nutrição parenteral deve ser iniciada dentro de 48 horas da admissão.
- B ( ) nutrição enteral deve ser iniciada apenas 48 horas após a estabilização hemodinâmica.
- C ( ) combinação de nutrição enteral e parenteral deve ser feita nas primeiras 48 horas de admissão devido à instabilidade hemodinâmica.
- D ( ) nutrição enteral deve ser iniciada, tendo como objetivo alcançar a oferta de 25 kcal/kg e 1,5 g/kg de proteínas nas primeiras 48 horas de admissão.
- E ( ) a oferta de nutrição parenteral precoce pode aumentar o risco de infecções nosocomiais.

**26)** Ainda sobre o caso acima, no quarto dia de internação a paciente permanece instável hemodinamicamente e apresenta queda do débito urinário (< 50 ml/dia) e elevação de ureia, creatinina e potássio séricos (183 mg/dL, 2,8 mg/dL e 6,5 mEq/L, respectivamente). Qual a causa mais provável do quadro de insuficiência renal?

- A ( ) Necrose tubular aguda secundária a *sepsis*, sendo que a paciente muito provavelmente necessitará de terapia de substituição dialítica.
- B ( ) Hipovolemia, sendo indicada a reposição volêmica vigorosa.
- C ( ) Sonda vesical de demora obstruída, devendo ser trocada.
- D ( ) Síndrome nefrótica pós-estreptocócica, devendo ser iniciado corticosteroides.
- E ( ) Nefrite por droga, devendo ser trocado o regime antimicrobiano e iniciado corticosteroides.

**27)** O emergencista pré-hospitalar solicita vaga de UTI para realização de diálise de urgência em paciente do sexo feminino, 67 anos, portadora de insuficiência renal crônica dialítica com edema agudo de pulmão. Nos últimos seis meses, a paciente vem apresentando queda progressiva da funcionalidade, estando restrita ao leito e totalmente dependente para cuidados nas últimas seis semanas. Há uma semana, optou por suspender a terapia dialítica. De acordo com o registro do médico assistente em prontuário, no momento da decisão a paciente estava lúcida, plenamente consciente dos seus atos e tendo compreensão da decisão tomada e de suas implicações. A paciente está intubada e sedada e os familiares expressam o desejo de respeitar a decisão da paciente. Qual a melhor conduta a ser seguida nesse caso?

- A ( ) A não realização de hemodiálise de urgência caracteriza a prática de eutanásia.
- B ( ) A não realização de hemodiálise de urgência só é possível após autorização judicial.
- C ( ) Diretivas antecipadas não são válidas no Brasil, por isso a paciente deve receber hemodiálise de urgência.
- D ( ) Despertar a paciente para questioná-la sobre a possível mudança de opinião.
- E ( ) Respeitar a decisão da paciente, ainda que ela seja admitida na UTI.

28) Em relação aos cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva, é correto afirmar que:

- A ( ) devem ser implementados apenas após consulta à comissão de ética.
- B ( ) devem ser implementados apenas em hospitais que dispõem de equipe de cuidados paliativos.
- C ( ) devem ser oferecidos apenas a pacientes com risco de morte iminente.
- D ( ) a equipe bem capacitada a oferecer medidas paliativas pode beneficiar também pacientes com expectativa de boa recuperação.
- E ( ) não devem ser oferecidos porque aumentam a mortalidade.

29) Paciente do sexo masculino, 81 anos, está internado há quatro dias em unidade de terapia intensiva em pós-operatório de cirurgia ortopédica, complicada por quadro de pneumonia. Há 24 horas foi extubado e desde então apresenta déficit de atenção e alterna sonolência com episódios de agitação psicomotora. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a melhor abordagem terapêutica farmacológica para o quadro, respectivamente:

- A ( ) *delirium*; midazolam ou clonazepam.
- B ( ) *delirium*; haloperidol ou quetiapina.
- C ( ) abstinência a sedativos; benzodiazepínicos.
- D ( ) abstinência a opioides; fentanil ou morfina.
- E ( ) embolia gordurosa; tratamento suportivo.

30) Em relação ao uso de opioides no contexto do paciente internado em unidade de terapia intensiva, é correto afirmar que:

- A ( ) raramente traz efeito colateral ao paciente crítico.
- B ( ) a metadona é proscrita no tratamento do paciente crítico.
- C ( ) o fentanil tem meia-vida mais curta e é mais potente que a morfina.
- D ( ) devido à liberação de histamina, o uso da morfina é contraindicado em pacientes críticos.
- E ( ) o tramadol é preferível ao fentanil na analgesia de pacientes com insuficiência renal.

✂-----

**GRADE DE RESPOSTAS (Somente esta parte poderá ser destacada)**

<b>QUESTÕES</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>RESPOSTAS</b>															
<b>QUESTÕES</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
<b>RESPOSTAS</b>															

