

2ª. PARTE – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

MEDICINA INTENSIVA

21. No paciente com choque séptico com hipotensão que não responde a volume, qual droga está mais indicada para melhorar seu quadro hemodinâmico?

- a) Adrenalina.
- b) Noradrenalina.
- c) Dopamina.
- d) Dobutamina.

22. Das alternativas abaixo, a acidose láctica nos pacientes graves caracteriza-se quando:

- a) O pH arterial é menor que 7,35.
- b) O pH arterial é menor que 7,35 e o lactato sérico é maior que 5-6 mmol/L.
- c) O pH arterial é menor que 7,35 e o bicarbonato sérico é menor que 15 mEq/L.
- d) O lactato sérico é maior que 5-6 mmol/L e a PCO₂ é maior que 55 mmHg.

23. No choque cardiogênico, a droga inotrópica de escolha é:

- a) Dobutamina.
- b) Dopamina.
- c) Amiodarona.
- d) Atropina.

24. A droga de escolha para a maioria das emergências hipertensivas graves, de uso parenteral, é:

- a) Clonidina.
- b) Labetalol.
- c) Nifedipina.
- d) Nitroprussiato de sódio.

25. Não faz parte do protocolo de 6 horas para paciente com choque séptico:

- a) Colher hemocultura.
- b) Hidratação com cristalóide.
- c) Transfusão de concentrado de hemácias.
- d) Amina vasoativa.

26. Cirurgias cardíacas são, geralmente, realizadas com auxílio de circulação extracorpórea (CEC) e em parada cardiopulmonar total. Apesar de necessário, esse procedimento pode originar várias complicações no pós-operatório, conforme sua duração. Qual das complicações abaixo não está relacionada à CEC?

- a) Síndrome da resposta inflamatória sistêmica.
- b) Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).
- c) Tromboembolismo pulmonar.
- d) Tamponamento cardíaco.

27. Assinale a alternativa correta referente às complicações relacionadas ao uso do cateter de artéria pulmonar (CAP).

- a) Pacientes hipotérmicos são mais predispostos à formação de nós intracardíacos.
- b) O uso rotineiro de lidocaína intravenosa está indicado em pacientes com doença coronariana, para evitar a arritmia mais temida, que é a taquicardia ventricular sustentada.
- c) A presença de nós não é indicação absoluta de cirurgia. O nó pode ser desfeito com a passagem de um guia rígido por dentro do cateter.
- d) As medidas profiláticas do infarto pulmonar incluem: limitar o tempo de insuflação do balonete e prevenir a migração do cateter.

28. A hipoxemia da síndrome do desconforto respiratório agudo é secundária a:

- a) Uma baixa FIO₂.
- b) Um alto shunt pulmonar.
- c) Um alto espaço morto.
- d) Uma alta relação ventilação/perfusão.

29. Paciente do sexo feminino, admitido no setor de emergência, com quadro de edema agudo de pulmão, precedido de dor torácica importante há duas horas, e um sopro cardíaco diastólico em borda esternal direita. Qual a hipótese diagnóstica?

- a) Dissecção aórtica aguda e insuficiência aórtica aguda.
- b) Infarto agudo do miocárdio, complicado com insuficiência mitral aguda.
- c) Estenose mitral, complicada com infarto agudo do miocárdio, por embolia coronariana, complicado com rotura do septo interventricular.
- d) Infarto agudo do miocárdio, complicado com rotura do septo interventricular.

30. Coronel da reserva remunerada, 60 anos de idade, hipertenso, controlado com Enalapril 20mg/dia, apresentou infarto em parede anterior do miocárdio há dois meses, quando foram associados AAS 100mg/dia e Propranolol 80mg/dia. Atualmente, necessita ser submetido à colecistectomia por colecistite aguda e crônica calculosa. Pode-se afirmar que:

- a) As alterações cardiovasculares são a segunda causa de complicações no período peri-operatório.
- b) A isquemia miocárdica é o evento mais frequente nas complicações peri-operatórias.
- c) O infarto desse paciente constitui-se num fator de risco maior peri-operatório.
- d) Deve-se suspender a medicação por causa do risco de hipotensão e reinfarto.

31. Um jovem Tenente do Exército sofreu acidente motociclístico, com trauma crânio-encefálico, apesar de estar usando capacete. Necessita avaliação neurológica e encontra-se sem sedação e sem curarização, com os seguintes sinais: abre os olhos aos estímulos dolorosos, apresenta flexão anormal de membros superiores e não apresenta resposta verbal a nenhum tipo de estímulo. Qual a sua contagem de pontos na escala de coma de Glasgow?

- a) 2.
- b) 6.
- c) 8.
- d) 13.

32. Em relação ao infarto agudo do miocárdio, marque a afirmação correta:

- a) A falência de ventrículo esquerdo permanece como o maior determinante de mortalidade em pacientes pós-IAM.
- b) O estudo SHOCK avaliou o papel do balão intra-aórtico em pacientes com IAM complicado por choque cardiogênico.
- c) O uso de digital não está indicado no IAM, principalmente na presença de fibrilação atrial.
- d) A ocorrência de fibrilação ventricular tardia, no pós-infarto do miocárdio, é complicação habitual e não modifica o prognóstico.

33. Com relação à encefalopatia hepática, é incorreto afirmar que:

- a) As mercaptanas são responsáveis pelo odor característico do hálito cetônico.
- b) O ácido gama- aminobutírico está diminuído no plasma de pacientes com coma hepático.
- c) A etiopatogenia da encefalopatia é desconhecida, mas seguramente é multifatorial.
- d) O desequilíbrio na relação entre os aminoácidos de cadeia ramificada e aromática é um dos principais fatores implicados na fisiopatologia de encefalopatia.

34. Em relação à insuficiência renal na sepse, segundo Elias Knobel, é correto afirmar que:

- a) A lesão da insuficiência renal aguda, mais frequentemente associada à sepse, é a necrose cortical difusa bilateral.
- b) A insuficiência renal aguda é encontrada em 60% dos casos de sepse.
- c) A introdução precoce de terapia de substituição renal com doses elevadas aumenta a chance de recuperação da função renal.
- d) A manutenção do débito urinário adequado exclui a presença de insuficiência renal.

35. Em relação ao lactato sanguíneo no choque séptico, qual das respostas abaixo é falsa:

- a) Concentração sanguínea de lactato maior que 4 mEq/L é indicativa de mau prognóstico.
- b) 70% da depuração sanguínea do lactato ocorrem no fígado.
- c) A elevação dos níveis sanguíneos de lactato pode indicar a aceleração da glicólise, na ausência de metabolismo anaeróbico (relação lactato/piruvato).
- d) Concentração sanguínea de lactato normal não é garantia de ausência de hipóxia, mesmo na presença de estabilidade hemodinâmica.

36. Uma senhora obesa, com 53 anos de idade, pesando 130 kg, tabagista de dois maços de cigarro por dia, por mais de trinta anos, dá entrada na UTI com um quadro de insuficiência respiratória. Nos dois meses que precederam a internação, a família observou que a paciente se tornara progressivamente dispnéica, sonolenta, irritadiça; além disso, desenvolveu edema de membros inferiores. A gasometria arterial colhida, logo após ser admitida, apresentou o seguinte resultado: pH = 7,36; PaCO₂ = 66 mmHg; PaO₂ = 30 mmHg; HCO₃ = 37,2 mEq/L; TCO₂ = 39,2 mEq/L; e DB = + 9,3 mEq/L. O diagnóstico mais provável é:

- a) Hipoxemia por hipoventilação não compensada.
- b) Hipoxemia por hipoventilação compensada.
- c) Hipoxemia associada à alcalose metabólica pura.
- d) Hipoxemia associada à acidose metabólica da insuficiência respiratória.

37. Em paciente com dissecção aguda da aorta é importante aliviar a dor com morfina e usar nitroprussiato de sódio para diminuir a pressão arterial, entretanto, sabe-se que este procedimento pode provocar taquicardia e aumento da contração do ventrículo esquerdo, gerando hipertensão arterial sistêmica. Qual droga abaixo é a mais indicada para corrigir esse problema?

- a) Betabloqueador.
- b) Inibidor do canal de cálcio, tipo Nifedipina.
- c) Metildopa.
- d) Clonidina.

38. Uma viatura capotou e o motorista sofreu traumatismo crânio-encefálico, com escala de coma de Glasgow de 6 e edema cerebral na TAC de crânio. De acordo com o autor Elias Knobel, quais os níveis aceitáveis para manutenção da pressão intracraniana?

- a) Abaixo de 6 mmHg.
- b) Abaixo de 20 mmHg.
- c) Entre 20 e 30 mmHg.
- d) Acima de 30 mmHg.

39. Durante o manuseio de um paciente em choque circulatório, qual dos parâmetros abaixo melhor reflete a perfusão tissular?

- a) Pressão arterial sistêmica.
- b) Diurese horária.
- c) Resistência vascular periférica.
- d) Pressão venosa central.

40. Em uma grande capital da Região Sudeste do Brasil, um paciente de 36 anos, previamente hígido, sem história de trauma ou cirurgia pregressa, é internado com hipótese de meningite aguda, com alteração do estado de consciência e sem sinais neurológicos focais. O exame do líquido cérebro-espinhal mostrou pressão inicial elevada, 1800 células com predomínio de neutrófilos, proteinorraquia de 154 mg/dL, glicorraquia de 32 mg/dL e lactato elevado. O exame bacterioscópico mostrou diplococos Gram positivos e os testes de aglutinação mostraram-se positivos para *Streptococcus pneumoniae*. Qual a conduta terapêutica, em ordem de importância (iniciando da maior para a menor), a ser adotada:

- a) Solicitação de tomografia computadorizada do crânio; ceftriaxona (2,0g endovenoso cada 12 horas) e corticosteroide endovenoso.
- b) Ceftriaxona (2,0g endovenoso cada 12 horas) corticosteroide endovenoso e tomografia computadorizada.
- c) Corticosteroide endovenoso; ampicilina e cloranfenicol por via endovenosa em doses elevadas até que o resultado de cultura do liquor se torne disponível.
- d) Penicilina cristalina (4 milhões de unidades por via endovenosa cada 4 horas); oxigenioterapia; aporte de glicose endovenosa e tomografia computadorizada de crânio.

41. Um homem de 40 anos de idade, diabético tipo I há 7 anos, que faz uso regular de insulina humana, dá entrada no Pronto Socorro em coma (escala de Glasgow 10), febril, hiperventilando, desidratado, oligúrico e com má perfusão periférica. Pressão Arterial 70x40 mmHg; Pulso = Frequência Cardíaca=140 bat/min; Frequência Respiratória=32 ciclos/min; e T=38°C. Os primeiros exames revelaram:

Tira reagente para glicemia: > 350 mg/dL;

Tira reagente para corpos cetônicos negativa no plasma;

Gasometria com acidose metabólica, pCO_2 diminuído e bicarbonato de 9 mEq/L;

Na: 130 mEq/L; K: 6,0 mEq/L; Cl: 98 mEq/L;

Cálculo de “anion gap” 23;

Glicemia: 600 mg/dL; Ureia: 50 mg/dL;

Creatinina: 1,5 mg/dL;

Osmolalidade medida: 345 miliosmois/L;

Eletrocardiograma com taquicardia sinusal; e

Raio-X de tórax normal.

Baseado no caso anterior, podemos afirmar que:

- a) O paciente apresenta acidose metabólica e a ausência de reação nas tiras-teste, para corpos cetônicos, mostra que o paciente apresenta acidose láctica.
- b) O paciente apresenta cetoacidose diabética com baixo “anion gap”, havendo provável perda renal de bicarbonato.
- c) O paciente apresenta cetoacidose diabética com elevado “anion gap” pelo aumento de corpos cetônicos e aumento provável de ácido láctico.
- d) Paciente apresenta acidose metabólica com “anion gap” normal, o que exclui aumento de corpos cetônicos e ácido láctico.

42. Segundo Elias Knobel, com relação à Endocardite Infecciosa, todas as alternativas abaixo estão corretas, exceto:

- a) O tamanho da vegetação não se correlaciona com piora da insuficiência cardíaca, risco de morte ou pior prognóstico.
- b) Ecografia transesofágica é o exame de escolha para o diagnóstico de endocardite infecciosa.
- c) O fenômeno embólico da endocardite infecciosa pode comprometer a circulação cerebral, levando à hemiplegia, ataxia e coma, simulando um AVC.
- d) Endocardite infecciosa, por bactéria Gram negativa e por fungo, responde bem à terapia antimicrobiana e dificilmente necessita de intervenção cirúrgica.

43. Um trabalhador da construção civil, de 18 anos de idade, sofreu um importante trauma em seu trabalho. Foi admitido na UTI com insuficiência renal aguda oligúrica, secundária à rabdomiólise. Sua pressão arterial era de 160 x 90 mmHg e FC = 120 bpm. Exames laboratoriais apresentaram:

Ureia = 80 mg/dl;

Creatinina = 5,4 mg/dl; e

K = 6,3 mEq/l.

Após infusão endovenosa de insulina e bicarbonato de sódio, e enemas com resinas trocadoras, seu potássio sérico subiu para 7,8. Não houve resposta com altas doses de diuréticos. A conduta preferencial nesta situação seria:

- a) Insistir no tratamento conservador, acrescentando gluconato de cálcio (para a hiperpotassemia) e dopamina em dose beta para melhorar a função renal.
- b) Instalar cateter para diálise peritoneal.
- c) Estabelecer acesso venoso para hemodiálise clássica.
- d) Estabelecer acesso arterial e venoso para hemodiálise arteriovenosa contínua (CAVHD) associado a diuréticos intravenosos.

44. Um homem de 22 anos de idade apresenta sede excessiva e elimina grandes quantidades de urina. A avaliação laboratorial é a seguinte: volume urinário 8800 ml/24 horas; o sódio sérico = 145 mmol/L; osmolaridade sérica = 298 mOsm/Kg; osmolaridade urinária = 90 mOsm/Kg; e ausência de resposta ao teste da privação de água. Mas, há aumento da osmolaridade urinária para 180 mOsm/Kg, após a administração de vasopressina subcutânea. Nesta situação, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Diabetes insipidus nefrogênico.
- b) Diabetes insipidus central.
- c) Polidipsia primária.
- d) Diabetes mellitus descompensado.

45. Um homem de 70 anos de idade foi internado na UTI por falência cardíaca de rápida evolução. Sabia ser portador de válvula aórtica bicúspide. Vinha apresentando febre de 38°C há uma semana, quando foi submetido a procedimento diagnóstico urológico. Na admissão à UTI, havia lesão petequial no quarto dedo direito. Hemoculturas, iniciadas há 24 horas, já mostravam crescimento, porém não havia, ainda, identificação do microrganismo. Decidiu-se iniciar antibioticoterapia empírica. Neste caso, sua escolha seria:

- a) Penicilina G cristalina + Estreptomicina.
- b) Cefazidima + Gentamicina.
- c) Oxacilina + Gentamicina.
- d) Vancomicina + Gentamicina.

46. Embora não seja frequente, a embolia gasosa pode ser uma complicação associada ao cateterismo venoso central. De acordo com Irwin e Rippe, o posicionamento do paciente a ser adotado, imediatamente, na suspeita de tal eventualidade é:

- a) Decúbito lateral esquerdo + posição de Trendelenburg.
- b) Decúbito lateral esquerdo + cabeceira a 30 graus.
- c) Decúbito ventral.
- d) Decúbito lateral direito + posição de Trendelenburg.

47. A resposta ao estresse peri-operatório está fortemente ligada à dor sentida no pós-operatório. Os efeitos a essa resposta induzem às alterações abaixo, exceto:

- a) Nível elevado de catecolamina.
- b) Distúrbio hidroeletrólítico.
- c) Perda proteica.
- d) Imunossupressão.

48. A translocação bacteriana é modernamente considerada um dos principais determinantes de sepse e de síndrome de disfunção de múltiplos órgãos. Das alternativas seguintes, qual não predispõe à translocação bacteriana?

- a) Infecção urinária.
- b) Hipovolemia.
- c) Doença de Crohn.
- d) Câncer gástrico.

49. Assinale a alternativa incorreta:

- a) Tempo de permanência prolongado em terapia intensiva associado a escore Apache II elevado são fatores de risco para morte por infecções provocadas pelo *Acinetobacter baumannii*.
- b) As infecções hospitalares por *Acinetobacter baumannii* são esporádicas e limitam-se a casos isolados.
- c) O tratamento das infecções nosocomiais por *Acinetobacter baumannii* multirresistente, em geral, requer a utilização de um Carbapenem (Imipenem ou Meropenem) ou da associação de Ampicilina com Sulbactam.
- d) A presença de nutrição parenteral total é fator de risco de mau prognóstico nas infecções da corrente sanguínea por *Acinetobacter baumannii*.

50. No atendimento a paciente com permanência prolongada em CTI e febre persistente por mais de 72 horas, sem foco infeccioso aparente e, na presença de cateteres venosos, devemos suspeitar de infecção causada pelos cateteres, face a sua alta prevalência nestes casos. Neste sentido, o diagnóstico de infecção intravascular, associada a cateter venoso central, é melhor estabelecido pela combinação de:

- a) Febre, ausência de foco aparente, eritema e dor no ponto de inserção do cateter.
- b) Febre, leucocitose e sinais de sepse.
- c) Febre, cultura simples positiva da ponta do cateter, ausência de reação local.
- d) Febre intermitente, cultura concordante para o mesmo patógeno no cateter e no sangue.