

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Paciente de 52 anos de idade foi internado devido a febre, palpitações e dispneia havia seis dias. Ao exame clínico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com sopro diastólico em foco aórtico. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose importante com desvio à esquerda, VHS 70 mm, creatinina 1 mg/dL e isolamento de *Streptococcus gallolyticus* em duas hemoculturas. A ecocardiografia revelou aorta 30 mm, átrio esquerdo 43 mm, DDVE 58 mm, DSVE 38 mm, fração de ejeção 62%, septo 9 mm, parede posterior 9 mm, valva aórtica bivalvular calcificada, com presença de vegetação móvel, na face ventricular medindo 1,5 cm × 0,7 cm, com insuficiência aórtica importante. O eletrocardiograma é mostrado a seguir.



Com relação ao caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 51 Recomenda-se, no caso em tela, a cirurgia cardíaca antes de finalizar o curso de antibioterapia.
- 52 No caso em questão, recomenda-se colonoscopia em tempo oportuno.
- 53 A patogênese do quadro é explicada devido à presença de fluxos sanguíneos turbulentos, lesão endotelial e deposição de fibrina e plaquetas.

Na enfermaria de hospital com todos os recursos disponíveis, uma paciente de 72 anos de idade, internada devido à investigação de dor torácica, perdeu a consciência havia um minuto; ela estava sem pulso central, sem ventilação espontânea e não respondia ao chamado.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 54 O valor da enolase neuronal específica acima de 20 µg/L nas primeiras 24 horas após o retorno da circulação espontânea implicará mau prognóstico neurológico.
- 55 Na referida situação, deve ser aplicado o soco precordial, imediatamente.
- 56 A desfibrilação sequencial dupla deverá ser administrada no caso de detecção de ritmo chocável.
- 57 No quadro em tela, recomenda-se mensurar continuamente o teor de dióxido de carbono ao final da expiração (ETCO₂) durante a ressuscitação, para melhorar a qualidade da reanimação cardiopulmonar.

Quanto ao suporte ventilatório, julgue os itens subsequentes.

- 58 A posição prona é uma estratégia eficaz em pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo com PaO₂/FIO₂ inferior a 150 mmHg, porque melhora a relação ventilação/perfusão, permite uma ventilação mais homogênea, com menor lesão pulmonar induzida pela ventilação, e está associada a menor mortalidade.
- 59 Nos pacientes com edema agudo pulmonar cardiogênico, a ventilação não invasiva com dois níveis de pressão positiva nas vias aéreas (BiPAP) demonstrou maior redução das taxas de intubação orotraqueal e da mortalidade, quando comparada à modalidade de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP).
- 60 A titulação da pressão positiva expiratória final tem como objetivo recrutar alvéolos para a ventilação sem gerar hiperdistensão pulmonar, melhorando-se a relação V/Q e, assim, a oxigenação.
- 61 Durante todo o período de prona, são critérios de retorno à posição supina: hemoptise volumosa; pressão arterial sistólica inferior a 60 mmHg por mais de cinco minutos, a despeito de otimização de vasopressores; e piora da hipoxemia, caracterizada por queda PaO₂/FIO₂ superior a 30 mmHg em relação ao valor observado na posição supina.

Em cada um dos itens subsecutivos, é apresentado um exame referente a arritmia cardíaca, seguido de uma assertiva a ser julgada.

62 Exame:



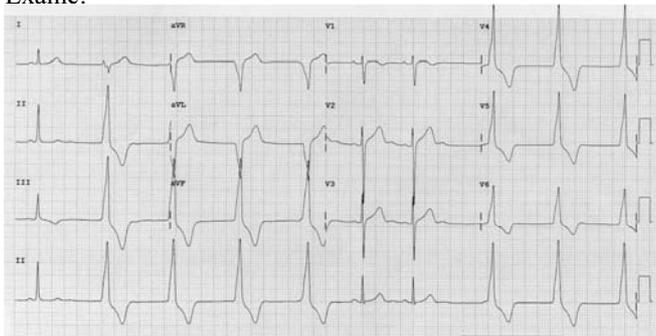
Trata-se de uma fibrilação atrial.

63 Exame:



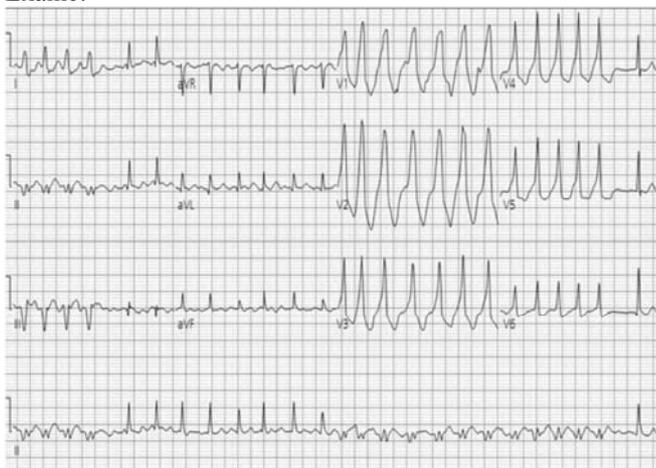
Trata-se de uma taquicardia sinusal.

64 Exame:



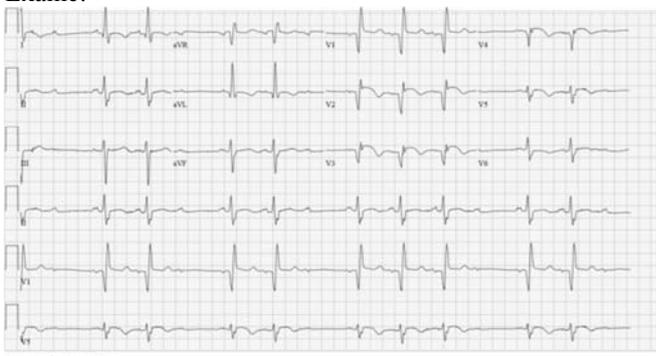
Nota-se um período de quadrigeminismo ventricular.

65 Exame:



Trata-se de uma taquicardia ventricular polimórfica.

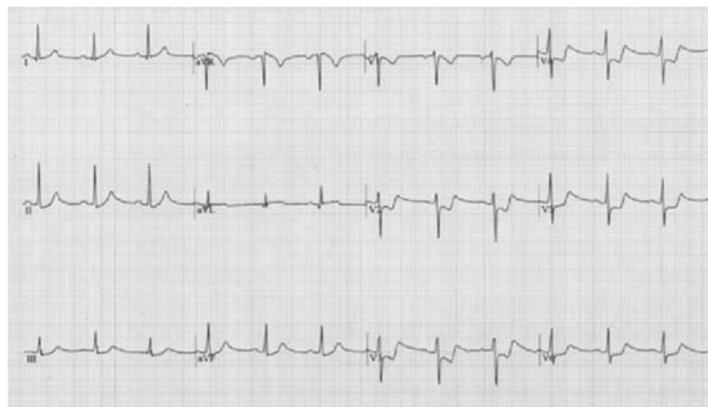
66 Exame:



Trata-se de um bloqueio atrioventricular do tipo Wenckebach.

Espaço livre

Um paciente de 76 anos de idade referiu episódios de dor torácica opressiva de moderada intensidade havia três dias. A referida dor surgia independentemente de atividade física e cedia espontaneamente, em menos de dez minutos. Nas últimas 24 horas, o paciente sofrera quatro episódios, porém de maior intensidade, os quais cederam espontaneamente em torno de trinta minutos. Na admissão hospitalar, ele estava assintomático do último episódio de dor, havia quatro horas. O paciente era tabagista, dislipidêmico e diabético havia vinte anos, atualmente em uso de insulina, sinvastatina e ácido acetilsalicílico. Ao exame físico, apresentava: saturação de oxigênio (em ar ambiente) de 93%, pressão arterial de 86 mmHg × 54 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca de 78 bpm e ritmo cardíaco regular em dois tempos sem sopros. O restante do exame físico foi normal. Observou-se troponina T ultrasensível de 1 µg/L (VR até 0,010 µg/L), e os demais exames laboratoriais de rotina não revelaram anormalidades significativas. A seguir, é mostrado o eletrocardiograma realizado pelo paciente.



Tendo como referência o caso clínico precedente, julgue os itens que se seguem.

- 67 No caso em tela, recomenda-se a dose de ataque do prasugrel, imediatamente.
- 68 O referido paciente deve ser prontamente encaminhado para a angiografia coronária.
- 69 No caso em questão, está indicado o uso de oxigênio, enoxaparina e nitroglicerina.

Uma paciente de 71 anos de idade, portadora de hipertensão arterial em uso regular de enalapril, 20 mg ao dia, procurou a emergência com quadro de precordialgia constritiva ao repouso, sem irradiação, havia duas horas. Referiu piora progressiva da dor a despeito do uso de dipirona. Ao exame físico, apresentava: palidez cutâneo-mucosa, saturação de oxigênio (em ar ambiente) de 91%, pressão arterial de 98 mmHg × 66 mmHg (média de três medidas), frequência cardíaca de 80 bpm e ritmo cardíaco regular em três tempos (B4) sem sopros. O restante do exame físico foi normal. Os resultados das enzimas cardíacas revelaram troponina T (ultrassensível) igual a 0,005 µg/L (VR até 0,010 µg/L). A paciente realizou eletrocardiograma (com calibração padrão), cujo resultado é mostrado a seguir.



Com relação a esse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 70** A referida paciente deve ser encaminhada para a realização de angioplastia primária, imediatamente.
- 71** Os achados clínicos são justificados pela dilatação ventricular direita (VD), que resulta no aumento da pressão intrapericárdica e na redução da pressão sistólica, do débito do VD, da pré-carga, do volume de ejeção e da dimensão diastólica final do ventrículo esquerdo (VE), o que ocasiona desvio do septo interventricular em direção ao VE.
- 72** No caso em tela, está indicado o uso de oxigênio, ácido acetilsalicílico, clopidogrel e metoprolol.

Acerca do manejo de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) de causa isquêmica, julgue os itens que se seguem.

- 73** O tempo máximo que se pode tolerar do início dos sintomas até o começo da infusão do trombolítico é de 4 horas.
- 74** Recomenda-se o uso de oxigênio suplementar em todos os pacientes com AVC.
- 75** A administração de ácido acetilsalicílico (AAS) deve ser iniciada 12 horas após a terapia fibrinolítica.
- 76** Pacientes elegíveis para terapia fibrinolítica devem ser mantidos com pressão arterial sistólica abaixo de 185 mmHg e pressão arterial diastólica menor que 110 mmHg antes do início do procedimento.
- 77** O tratamento fibrinolítico intravenoso pode ser iniciado sem o resultado de testes hematológicos e de coagulação, se não houver suspeita de anormalidades.

Com relação a endocardites bacterianas, julgue os itens seguintes.

- 78** Nos casos de endocardite em prótese valvar, quando não se identifica o agente etiológico, recomenda-se o uso de vancomicina por 6 semanas, associado a gentamicina por 2 semanas e rifampicina por 2 semanas.
- 79** O *Staphylococcus aureus* é o agente etiológico mais comum e a valva tricúspide é a mais comumente acometida em usuários de drogas injetáveis.
- 80** São critérios maiores de Duke para o diagnóstico: hemoculturas positivas para estreptococos beta-hemolíticos em duas amostras colhidas separadamente, ecocardiograma com abscesso e mudança em regurgitação preexistente.

A infecção da corrente sanguínea consiste em uma das principais causas de morbidade e mortalidade em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estando sua ocorrência diretamente associada à utilização de cateteres venosos centrais. Quanto a esse assunto, julgue os itens que se seguem, considerando as recomendações atuais para a prevenção dessas infecções.

- 81** Os cateteres inseridos na veia femoral têm risco maior de infecção do que na subclávia ou jugular.
- 82** Cateteres centrais desnecessários devem ser removidos; porém, se forem mantidos por indicação médica, devem ser trocados a cada 7 dias, para reduzir o risco de infecção.
- 83** Para a inserção do cateter venoso central, recomenda-se realizar a antisepsia da pele do paciente com solução alcoólica de clorexidina em concentração maior que 0,5%, por 30 segundos, e aguardar a secagem espontânea.

Em 2016, as sociedades americana e europeia de terapia intensiva promoveram uma nova conferência de consenso e publicaram novas definições de sepse, conhecidas como Sepsis-3. Considerando essas definições, julgue os itens a seguir.

- 84** Os critérios de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) não são mais pré-requisito para o diagnóstico de sepse, embora permaneçam importantes para a triagem de pacientes com suspeita de infecção.
- 85** Sepse é caracterizada pela presença de dois entre os três critérios do escore conhecido como qSOFA (*quick sepsis-related organ failure assessment*), a saber: pressão arterial sistólica ≤ 100 mmHg, alteração do nível de consciência e frequência respiratória ≥ 22 ipm.
- 86** De acordo com as referidas definições, sepse grave consiste na presença de disfunção orgânica, secundária à resposta desregulada do organismo à presença de infecção.
- 87** A presença de hipotensão refratária a reposição volêmica, com necessidade de vasopressor, é suficiente para caracterizar o choque séptico.

Grande parte dos antimicrobianos, especialmente os de amplo espectro, é prescrita em UTI. Acerca do uso desses medicamentos em pacientes críticos, julgue os itens subsequentes.

- 88** Para a bacteremia por *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina, as melhores opções terapêuticas são a linezolida e a gentamicina.
- 89** Recomenda-se o uso de penicilina associada à clindamicina para pacientes com infecções necrotizantes de pele, com o isolamento de estreptococos beta-hemolíticos à cultura.
- 90** São opções terapêuticas para pielonefrites de origem comunitária causadas por *Escherichia coli* produtores de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL): ertapenem, meropenem, ciprofloxacina, levofloxacina e sulfametoxazol-trimetoprim.

A hemorragia digestiva alta (HDA), definida como qualquer perda sanguínea que possa ocorrer entre o esôfago proximal e a junção duodenojejunal, no ângulo de Treitz, é uma das emergências médicas mais comuns. A respeito dessa condição clínica, julgue os próximos itens.

- 91 No caso de um paciente sem estigmas de doença hepática crônica apresentar HDA e instabilidade hemodinâmica, as mais rápidas condutas a serem adotadas incluem punção venosa com cateteres de grosso calibre, prescrição de inibidor de bomba de prótons e concentrado de hemácias, e a solicitação de exame endoscópico com urgência.
- 92 Hematoquezia e enterorragia podem ser manifestações de uma HDA.
- 93 Em pacientes cirróticos com provável hemorragia digestiva alta de varizes esofagogástricas, mesmo sem ascite, está indicada a prescrição de vasoconstritor esplênico (terlipressina, somatostatina, octreotida) e antibioticoterapia profilática.

Paciente de 75 anos de idade, com pé diabético infectado, em tratamento com ciprofloxacino associado a clindamicina havia duas semanas, evoluiu com diarreia líquida (10 episódios/dia) havia três dias, acompanhada de dor abdominal em cólica, náusea, anorexia e mal-estar. O exame físico evidenciou o seguinte: regular estado geral; paciente consciente, orientado, desidratado (+++/4+) e afebril; pressão arterial de 100 mmHg × 70 mmHg; abdome com leve distensão, doloroso difusamente à palpação, sem descompressão brusca, com timpanismo à percussão. Exames laboratoriais mostraram os seguintes resultados: leucócitos = 18.250/mm³; creatinina = 3,5 mg/dL (anteriormente: 1,5 mg/dL); albumina = 3,2 mg/dL.

A partir do caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

- 94 A principal suspeita diagnóstica é de colite associada ao *Clostridioides difficile*.
- 95 É recomendado o uso de vancomicina por via intravenosa para o paciente em questão.
- 96 Está indicado o isolamento de contato, além das precauções padrão, nas primeiras 48 horas após o início de antibioticoterapia, podendo o isolamento ser suspenso após esse período.

Com relação à injúria renal aguda, julgue os itens a seguir.

- 97 Em pacientes com síndrome cardiorenal, o uso de diuréticos de alça deve ser evitado.
- 98 De acordo com os critérios do sistema AKIN (*acute kidney injury network*), o estágio 2 é definido pelo aumento da creatinina sérica superior ou igual a 200-300% (duas a três vezes) do valor basal e(ou) por um débito urinário menor que 0,5 mL/kg/h por mais de 12 horas.
- 99 O melhor exame de imagem de rastreamento para excluir causa obstrutiva é a ultrassonografia.

Com relação ao manejo de fluidos em pacientes cirúrgicos de alto risco, julgue os itens seguintes.

- 100 A infusão de solução salina 0,9% em excesso pode estar associada ao desenvolvimento de vasoconstrição da arteriola renal aferente, acidose metabólica hiperclorêmica com *ânio gap* normal e distúrbios de coagulação.
- 101 A administração de solução salina hipertônica 7,5% está associada a aumento da pós-carga.
- 102 Diuréticos de alça devem ser utilizados com o objetivo de prevenir lesão renal aguda.
- 103 Somente 20% do volume administrado de solução salina 0,9% permanece no compartimento intravascular vinte minutos após a infusão.
- 104 O uso de Ringer-lactato é indicado na ressuscitação da volemia em pacientes neurocirúrgicos, por ser um cristalóide isosmolar.

No que se refere ao uso de hemocomponentes e hemoderivados em pacientes críticos, julgue os itens que se seguem.

- 105 Em geral, o nível de hemoglobina abaixo do qual está indicada transfusão de concentrado de hemácias em paciente crítico estável e sem sangramento ativo é de 9,0 g/dL.
- 106 Deve-se aventar a suspeita de lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI) se o paciente desenvolver dispneia e dessaturação arterial nas primeiras seis horas após uma transfusão sanguínea.
- 107 Concentrado de complexo protrombínico deve ser utilizado como primeira opção para reposição volêmica no choque hemorrágico de um paciente com politraumatismo.

A respeito das terapias renais substitutivas, julgue os próximos itens.

- 108 A indicação, a dosagem e o momento ideal de início da diálise em ambiente de unidade de terapia intensiva (UTI) são bem estabelecidos e uniformizados, por se tratar de modalidade disponível há décadas.
- 109 Na correção de distúrbios hidroeletrólíticos e no tratamento de envenenamentos, as terapias renais substitutivas por hemodiálise contínua são mais rápidas e eficazes que a hemodiálise intermitente.
- 110 Hipervolemia, acidose metabólica, distúrbios eletrólíticos e sintomas urêmicos são indicações de terapia renal substitutiva na síndrome hepatorenal.

Quanto à insuficiência hepática aguda, julgue os itens subsequentes.

- 111 Essa condição é caracterizada por alteração aguda da função hepática em indivíduos sem doença hepática prévia, associando-se ao desenvolvimento de coagulopatia e encefalopatia hepática.
- 112 Hiponatremia deve ser corrigida com solução salina hipertônica.
- 113 A prescrição de manitol para tratamento da hipertensão intracraniana está em desuso.

Com relação à pancreatite aguda, julgue os itens a seguir.

- 114 Antibioticoterapia profilática é recomendada independentemente do tipo (intersticial ou necrosante) ou gravidade da doença (leve, moderadamente grave ou grave).
- 115 A alimentação parenteral é recomendada a pacientes com pancreatite aguda moderada e grave que não tolerem alimentação oral.
- 116 Hidratação com solução cristalóide isotônica deve ser administrada a todos os pacientes, a menos que existam comorbidades cardiovasculares, renais ou outros fatores que contraindiquem a reposição agressiva de fluidos.

A respeito do uso de sedativos, analgésicos e bloqueadores neuromusculares em pacientes críticos, julgue os itens a seguir.

- 117 Bloqueadores neuromusculares estão indicados no tratamento adjuvante da hipertensão intracraniana, sendo a succinilcolina a droga mais indicada nessa condição.
- 118 Os benzodiazepínicos têm sido cada vez menos utilizados na terapia intensiva, em decorrência da associação com *delirium* e outros efeitos adversos.
- 119 O uso de bloqueadores neuromusculares na síndrome do desconforto respiratório agudo grave tem sido associado a redução da mortalidade a curto e médio prazo, porém sem melhora da oxigenação e com aumento significativo das complicações, como barotrauma e fraqueza muscular adquirida na UTI.
- 120 A suspensão diária da sedação e o uso de protocolos de sedação baseados em metas têm sido associados a redução do tempo de ventilação mecânica.