



AVALIAÇÃO – TESTE DE PROGRESSO 2026

1. Mulher, 66 anos, portadora de diabetes, transferida do pronto socorro à UTI por quadro de pneumonia comunitária grave, com insuficiência respiratória e choque séptico, evoluindo com SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo) e necessidade de ventilação mecânica. No 4º dia de internação na UTI, esta paciente apresenta bradicardia, acidose com ânion GAP elevado, elevação de transaminases, hipercalemia e insuficiência renal aguda. Qual dos seguintes fármacos mais provavelmente é responsável por este quadro clínico?

- a) Fentanil
- b) Dexmedetomidina
- c) Propofol
- d) Rocurônio

Resposta: C



2. Homem, 42 anos, alcoolista, portador de cirrose hepática procura emergência relatando vômitos com sangue vivo. Avaliação inicial revela PA = 120/ 80 mmHg, FC= 110 bpm, Hb= 9 g/dL. Médico responsável pelo paciente indica realização de Endoscopia Digestiva Alta. A respeito da realização deste exame neste caso clínico, é correto afirmar:

- a) Previamente ao exame é necessária ausência de ingesta oral de líquidos por pelo menos duas horas e 6 horas para refeições leves
- b) Deve ser realizada antibiótico profilaxia uma vez que a manipulação de mucosa de trato digestivo é um fator de risco para infecções relacionadas a cuidados em saúde
- c) Deve ser realizada intubação orotraqueal para proteção de via aérea, evitando assim complicações como aspiração brônquica ou parada cardiorrespiratória
- d) Instabilidade hemodinâmica é uma contraindicação absoluta à realização deste exame

Resposta: A

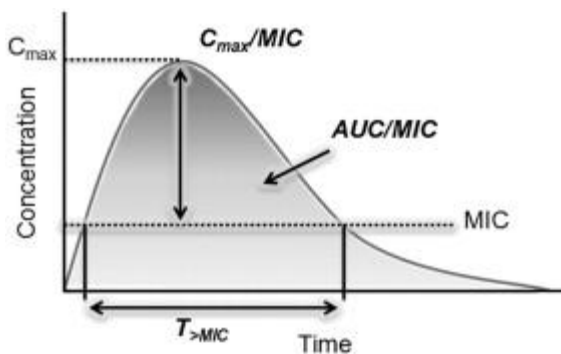


3. Homem de 55 anos, obeso, etilista portador de cirrose hepática, interna em UTI devido à politrauma, choque hemorrágico e disfunção multiorgânica. No 2º dia de internação na UTI, estando sob ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vasoativas e hemodiálise venovenosa contínua (HDVVC), evolui com hipotensão, hiperlactatemia, elevação de transaminases, acidose metabólica com ânion GAP elevado, hipocalcemia iônica e relação cálcio total/ cálcio iônico > 3. Qual a explicação mais provável para estas alterações?

- a) Intoxicação por citrato
- b) Rabdomiólise
- c) Cetoacidose diabética
- d) Cetoacidose alcoólica

Resposta: A

4. Qual é o parâmetro farmacocinético e farmacodinâmico (PK/PD) fundamental para otimizar a eficácia dos antibióticos β -lactâmicos em pacientes com choque séptico?



C_{max} = concentração máxima

MIC: *Minimal Inibitory Concentration*, Concentração inibitória mínima

AUC: *area under curve*, área sob curva

$T > MIC$: Tempo sobre MIC

- a) C_{max}/MIC
- b) Concentração de Prevenção de Mutação (*MPC*)
- c) $T > MIC$
- d) AUC/MIC

Resposta: C



5. De acordo com as diretrizes de 2026 da Campanha de Sobrevivência na Seps, qual é a recomendação para a triagem de seps em pacientes agudamente enfermos no ambiente hospitalar?

- a) Utilizar NEWS, NEWS2, MEWS ou SIRS em preferência ao qSOFA como ferramenta de triagem única
- b) Avaliação subjetiva por enfermeiro e médico, por tratar-se da ferramenta mais sensível
- c) Usar o qSOFA como ferramenta única de triagem devido à sua alta especificidade para mortalidade
- d) Avaliação por ferramentas eletrônicas geradas por Inteligência Artificial, devido a sua maior acurácia diagnóstica

Resposta: A



6. Paciente portador de diabetes mellitus tipo 2, com insuficiência renal crônica (creatinina basal= 2 mg/dL), procura pronto socorro referindo disúria e dor lombar à esquerda. Avaliação evidencia FC= 120 bpm, PA= 90/40 mmHg, FR= 24 irpm e dor à punho percussão lombar à esquerda (sinal de Giordano). Sobre a administração de antibióticos beta-lactâmicos neste cenário clínico, qual estratégia é recomendada?

- a) Recomenda-se dose plena inicial de ataque (bolus) seguida de infusões prolongadas ou contínuas para manutenção
- b) Utilizar doses em bolus intermitentes para evitar a instabilidade do fármaco em temperatura ambiente
- c) Administrar antimicrobiano por via oral, evitando atraso da 1ª dose do antibiótico decorrente da necessidade de obtenção de acesso venoso
- d) Desde a 1ª infusão do antimicrobiano ajustar dose para função renal e usar infusões estendidas ou contínuas

Resposta: A



7. Homem de 70 anos, previamente hígido, ficou internado em uma UTI por 10 dias por choque séptico e disfunção multiorgânica. Nesta internação demandou ventilação mecânica invasiva por 5 dias e uso de drogas vasoativas por 3 dias. Seis semanas após alta hospitalar este paciente refere esquecimento, incapacidade de concentração, fraqueza, perda de motricidade fina, dificuldade para dormir, perda de prazer para atividades rotineira e sintomas de estresse pós-traumático. Qual mecanismo biológico mais provavelmente explica o quadro clínico descrito?

- a) Excesso de oxigenação nos tecidos periféricos
- b) Deficiência de tiamina
- c) Rabdomiólise
- d) Inflamação sistêmica persistente e citocinas pró-inflamatórias

Resposta: D



8. Qual é a associação melhor documentada decorrente do uso de sedação leve em comparação à sedação profunda em pacientes sob ventilação mecânica?

- a) Redução na incidência de delírio e episódios de depressão pós-UTI
- b) Aumento nas taxas de auto extubação com danos graves ao paciente
- c) Redução no tempo de ventilação mecânica
- d) Aumento na mortalidade em 90 dias

Resposta: C



9. Qual ferramenta de triagem para sepse foi modificada para considerar as alterações fisiológicas da gravidez (como o aumento da frequência cardíaca basal)?

- a) SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)
- b) Escala de Coma de Glasgow
- c) SIRS (Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica)
- d) qSOFA (Quick SOFA)

Resposta: C



10. No doppler da veia hepática, qual componente da onda reflete a sístole atrial e exibe velocidade positiva em condições normais?

- a) Onda A
- b) Onda V
- c) Onda D
- d) Onda S

Resposta: A



11. No 2º pós-operatório de colectomia direita, paciente apresenta constipação, e distensão abdominal, sem peritonismo. Realiza tomografia que confirma distensão difusa de alças intestinais, com diâmetro cecal de 9 cm, sem pontos anatômicos de interrupção de fluxo ou sinais de isquemia intestinal. Qual o manejo inicial deste paciente, neste momento?

- a) Manejo conservador por 48 a 72 horas, incluindo correção de eletrólitos e mobilização
- b) Colonoscopia descompressiva de emergência com colocação de tubo
- c) Início imediato de neostigmina intravenosa em infusão contínua (0,8 mg/h)
- d) NPO (nada por via oral) estrito sem necessidade de descompressão nasogástrica

Resposta: A



12. Mulher, 43 anos, é submetida à transplante de medula óssea. No 14º dia após procedimento evolui com febre, taquicardia e hipotensão. Exames complementares revelam que a paciente apresenta infecção em corrente sanguínea. Qual classe de patógenos é a causa predominante de infecções da corrente sanguínea nesta população, neste momento?

- a) Bactérias Gram-negativas e Gram-positivas
- b) Reativação latente de *Toxoplasma gondii*
- c) Fungos filamentosos como o *Aspergillus*
- d) Vírus respiratórios como o rinovírus e adenovírus

Resposta: A



13. Homem de 70 anos de idade, 70 Kg, tabagista, trazido ao pronto socorro por familiares com relato de tosse produtiva, dor ventilatório dependente e febre. Na avaliação inicial apresenta torpor, PA = 80/50 mmHg, FC = 130 bpm, FR = 24 irpm e lactato = 5 mmol/L. Equipe médica procede com manejo preconizado para pacientes com choque séptico, demandando intubação orotraqueal. Na reavaliação após cerca de 3 horas, o paciente apresenta ritmo regular, PA = 70/50 mmHg, FC = 90 bpm, Tempo de enchimento capilar = 6 segundos, lactato = 5 mmol/L, VPP (variação de pressão de pulso) = 5% (sob ventilação mecânica, sem interferências na ventilação), VTI = 9 (*velocity time integral*), já em uso de hidrocortisona e noradrenalina em dose de 0,8 µg/kg/m. Qual seria sua intervenção neste momento?

- a) Ressuscitação com cristaloides
- b) Ressuscitação com coloides
- c) Levosimendan
- d) Dobutamina

Resposta: D



14. Paciente de 78 anos, internado na UTI por pneumonia comunitária, evoluindo com choque séptico refratário, falência múltipla de órgãos e piora progressiva a despeito das medidas otimizadas. O consenso da equipe assistencial é de que novas intervenções terapêuticas não oferecem benefício clínico significativo. A família solicita “fazer tudo”, incluindo ECMO e novas terapias invasivas. Segundo o documento da ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM sobre tratamentos fúteis ou potencialmente inapropriados em UTI, qual é a conduta mais adequada?

- a) A equipe deve seguir um processo estruturado de comunicação
- b) A equipe deve unilateralmente suspender todos os tratamentos
- c) O médico assistente deve atender a solicitação da família
- d) O caso deve ser encaminhado ao poder judiciário

Resposta: A



15. Paciente de 74 anos, com câncer metastático avançado, insuficiência cardíaca e múltiplas internações recentes, apresenta piora clínica progressiva apesar de tratamento otimizado. Durante reunião familiar, os filhos solicitam “que seja feito tudo”, enquanto o paciente previamente havia expressado desejo de evitar prolongamento artificial do processo de morte, sem, no entanto, ter registrado uma Diretiva Antecipada de Vontade. Segundo o posicionamento conjunto da ANCP e SBGG sobre tomada de decisão compartilhada em cuidados paliativos, qual é a abordagem MAIS adequada?

- a) A decisão deve ser tomada pela equipe médica, considerando critérios técnicos e prognósticos
- b) A vontade da família deve prevalecer sobre manifestações prévias do paciente, por não ter registrado sua Diretiva Antecipada de Vontade
- c) A decisão deve integrar evidências clínicas, valores do paciente e deliberação compartilhada
- d) Em situações de conflito familiar, medidas de suporte artificial devem ser mantidas para evitar conflito judicial formal

Resposta: C



16. Paciente de 81 anos, com doença neurodegenerativa avançada, dependência funcional completa e múltiplas internações recentes, evolui com insuficiência respiratória grave e necessidade de ventilação mecânica. Após discussão interdisciplinar, a equipe considera que novas medidas invasivas apresentam baixa probabilidade de benefício e elevado potencial de malefício. A família questiona se a limitação de suporte configuraria “abandono” ou prática ilegal. De acordo com a Resolução CREMESP nº 355/2022, qual é a conduta MAIS adequada?

- a) Toda medida de suporte artificial deve ser mantida enquanto houver possibilidade biológica de manter a vida
- b) Tratamentos desproporcionais podem ser limitados quando incompatíveis com os objetivos do cuidado
- c) A suspensão de suporte artificial de vida deve ocorrer após autorização judicial formal
- d) Medidas de conforto devem ser iniciadas após interrupção completa de tratamentos modificadores de doença

Resposta: B



17. Paciente de 89 anos, pre-frágil (*Clinical Frailty Scale* 5), independente para atividades básicas e instrumentais da vida diária, é admitido na UTI após pneumonia aspirativa complicada por choque séptico. No 3º dia de internação evolui com anúria e lesão renal aguda KDIGO III. A família pergunta se “hemodiálise faz sentido?”. Qual é a abordagem MAIS adequada?

- a) Reconhecer que a pergunta da família não é somente sobre prognóstico de sobrevida, mas também sobre funcionalidade e alinhamento com valores do paciente
- b) Não iniciar hemodiálise com base na idade avançada e na equidade de uso de recursos
- c) Convencer a família e iniciar hemodiálise, pois não temos como saber a chance de recuperação de uma Lesão Renal Aguda nas primeiras semanas de sepse
- d) Evitar discussões sobre limitação terapêutica em pacientes muito idosos devido à elevada imprecisão prognóstica em terapia intensiva e risco de etarismo

Resposta: A



18. Paciente de 87 anos, com quadro de demência de Alzheimer avançada (FAST 7C), com um quadro de broncoaspiração, evoluindo com sepse, insuficiência respiratória e piora neurológica. De acordo com o consenso SBGG/ANCP 2024 e Resolução CREMESP 355/2022, assinale a alternativa correta.

- a) Intubação é um procedimento fútil e não deve ser realizado
- b) Não há respaldo legal no Brasil para limitação de tratamentos, e todas as medidas devem ser utilizada para mantê-la viva
- c) Não devemos administrar morfina devido ao risco de depressão respiratória
- d) A decisão de não introduzir droga vasoativa deve ser compartilhada com o representante legal

Resposta: D



19. Homem, 70 anos, hipertenso há 30 anos, atualmente com miocardiopatia dilatada e FE 25%, confortável em repouso, porém atividades leves resultavam em fadiga, palpitação e dispneia. Apresentou internações recorrentes nos últimos 6 meses e estava em uso de medicações otimizadas. Dá entrada hoje no hospital queixando-se de dispneia ao repouso, sem dor precordial. Ao exame: consciente e orientado, FC = 100 bpm, FR = 28 irpm, Sat = 91% em ar ambiente, PA = 80x40 mmHg, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, crepitações em terços inferiores de ambos os hemitórax, sem uso de musculatura acessória. Hepatomegalia e ascite 2+/4, edema MMII 3+/4, estase jugular a 90° 3+/4. Alinhado previamente com paciente e familiares sobre priorizar medidas clínicas e conforto. Assinale a alternativa com a melhor conduta a ser realizada neste momento:

- a) Catéter venoso central, dobutamina e furosemida, associados a ventilação não invasiva. Caso piore, proceder com intubação orotraqueal e iniciar um trial de UTI
- b) Morfina, furosemida e, eventualmente, noradrenalina por acesso venoso central, associado a ventilação não invasiva
- c) Morfina e furosemida por acesso venoso periférico. Ventilação não invasiva pode ser utilizada caso traga conforto
- d) Priorizar ventilação não invasiva, furosemida e dobutamina por acesso venoso periférico. Morfina esta contraindicada pelo risco de depressão respiratória

Resposta: C



20. Paciente de 79 anos, com doença neurodegenerativa avançada, fragilidade grave e dependência funcional completa, permanece internado na UTI há 28 dias, em ventilação mecânica invasiva, sem possibilidade razoável de recuperação funcional ou reversão da doença de base. Após múltiplas reuniões, a família relata que o paciente previamente expressava não desejar prolongamento artificial do processo de morte. A equipe propõe extubação paliativa com foco em controle de sintomas e permissão para morte natural.

A interpretação mais adequada deste caso é:

- a) A equipe propôs uma forma de eutanásia, que não é legalizada no Brasil
- b) A extubação paliativa pode ser realizada e precedida de sedação profunda (RASS -5) para garantir controle de sintomas
- c) Caso o paciente não obtenha critério de extubação no teste de respiração espontânea deve-se manter a ventilação mecânica para o controle de sintomas
- d) Morfina e, se necessário, midazolan podem ser utilizados para controlar dispneia durante e após o procedimento

Resposta: D



21. Mulher de 53 anos internou na UTI após perda súbita da consciência por uma ruptura de aneurisma cerebral com hemorragia subaracnóidea (Fisher modificado 4, WFNS 4). Foi para o CC e retornou pós clipagem sedada (RASS - 5), com um cateter de pressão intracraniana (PIC) intraventricular com valores e curvas normais. Durante a noite, observou-se valor da PIC em 17 mmHg, com $P2 > P1$, pupilas isocóricas e fotorreagentes.

A conduta inicial mais adequada é:

- a) Repetir tomografia de crânio com e sem contraste
- b) Solicitar reavaliação urgente da neurocirurgia assistente
- c) Prescrever um bolus de solução salina a 20% ou de manitol
- d) Aumentar a vigilância (neurocheck e valores/curva da PIC)

Resposta: D



22. Homem de 35 anos, internou após drenagem de hematoma subdural unilateral com efeito de massa e desvio da linha média (DLM). Foi colocado PIC e cateter de O₂ tecidual cerebral (PtiO₂). A TC de controle mostrou edema cortical no lado drenado, mas com resolução do DLM. No D2 de PO a PIC estava em 13 mmHg, PtiO₂ 25 mmHg, sendo suspenso o sedativo. Após 48h o paciente ainda estava em coma (sem sedação residual) e hipertenso (170 x 95 mmHg) com restante da avaliação clínica e laboratorial sem alterações, a PIC era de 16 mmHg, PtiO₂ de 21 mmHg e uma nova TCC sem alterações significativas.

A próxima conduta mais adequada é realizar:

- a) Eletroencefalograma
- b) Coletar de líquido
- c) Doppler transcraniano
- d) TC de crânio com perfusão

Resposta: A



23. Homem de 65 anos, HAS e diabético, em uso de enalapril e metformina, deu entrada na Emergência acordado, mas hemiplégico à direita. Relatou que o quadro iniciou subitamente há 90 minutos da chegada. Durante a TC de crânio o caso foi discutido por telefone com o neurologista do Hospital, que indicou trombólise venosa. O serviço não disponibiliza de neurovascular. Chegou à UTI com 20 minutos de infusão do trombolítico e com queixa de parestesia na língua e dificuldade na inspiração.

A conduta mais adequada é:

- a) Manter o trombolítico e iniciar um anticonvulsivante venoso
- b) Parar o trombolítico, iniciar anti-histamínico e corticoide e monitorizar a via aérea
- c) Parar o trombolítico, TC de crânio de urgência e solicitar crioprecipitado e antifibrinolítico
- d) Manter o trombolítico e observar a evolução

Resposta: B



24. Mulher de 65 anos, professora universitária, diabética, hipertensa de longa data e com fibrilação atrial. Faz uso de rivaroxabana, mas esqueceu de tomar as últimas duas doses. Iniciou quadro de cefaleia que evoluiu com piora da intensidade e com uma hemiparesia a esquerda. Deu entrada no SE uma hora após o início da paresia com PA = 220x110mmHg, hemiplégica, afásica e sonolenta (Glasgow O3, V4, M6) e hiperglicêmica. A TC de crânio mostrou um hematoma de 40 mL supratentorial à direita.

Além de controlar a pressão arterial e a labilidade pressórica, a conduta mais adequada é:

- a) Avaliação neurocirúrgica para possível drenagem do hematoma
- b) Complexo protrombínico se houver spot sign na tomografia
- c) Complexo protrombínico e repetir a tomografia em 2 horas
- d) Controle glicêmico e repetir a TC após controle dessas variáveis

Resposta: A



25. Paciente 65 anos, etilista, tabagista de longa data e história de crise convulsiva prévia em tratamento com fenitoína, foi internado por TCE grave e trauma de tórax devido a um atropelamento, sendo submetido à drenagem de hematoma subdural e de tórax. Evoluiu satisfatoriamente sendo extubado em 48h e recebendo alta para enfermaria no sexto dia de internação. No décimo dia retorna a UTI após início de disartria seguida de sonolência evoluindo com piora progressiva em 24h na enfermaria. Estava em tratamento de uma PNM aspirativa. O exame neurológico evidenciou Glasgow 9 (O2, V2, M5), pupilas isocóricas e fotorreagentes, mas com nistagmo bilateral, restante do exame sem déficits focais adicionais, TC de crânio sem contraste sem alterações em relação a última TC e eletroencefalograma normal. Qual o diagnóstico mais provável?

- a) AVE isquêmico
- b) Encefalopatia metabólico-tóxica
- c) Intoxicação por fenitoína
- d) Meningite pós-operatória

Resposta: C



26. A colega da sala de trauma pede ajuda para o intensivista de plantão para avaliar um paciente trazido pelo Bombeiro após queda de moto. Exame físico inicial: sem obstruções de cavidade oral, murmúrio vesicular universalmente diminuído, mas sem RA, com frequência respiratória de 30 irpm e saturando 95%. Frequência cardíaca de 50 bpm e PA 80x40 mmHg, com periferia aquecida e com boa perfusão capilar. Agitado, porém orientado, relatando que não consegue movimentar os membros inferiores e superiores, além de dor no pescoço e cefaleia. Múltiplos hematomas e escoriações na região torácica anterior e posterior alta. Qual a conduta mais apropriada nesse caso?

- a) Intubação orotraqueal e VM, ressuscitação volêmica, início de vasopressores, tomografia e avaliação da neurocirurgia urgente
- b) Vigilância ventilatória, ressuscitação volêmica, início de vasopressores e tomografia urgente
- c) Intubação orotraqueal e VM, ressuscitação volêmica e tomografia
- d) Vigilância ventilatória, ressuscitação volêmica, início de vasopressores e de corticoide dose alta, tomografia, avaliação da neurocirurgia urgente

Resposta: A



27. Paciente 55 anos, deu entrada no SE em coma, anisocórica a direita e hipertensa. Após ABC e empiricamente tratada para hipertensão intracraniana (HIC) foi levada a TC de crânio onde evidenciou HSA aneurismática volumosa com hemorragia tetra ventricular. Revertida a anisocoria, a neurocirurgia colocou um cateter de PIC intraventricular e o neurorradiologista intervencionista embolizou um aneurisma na artéria cerebral posterior no mesmo dia sendo depois encaminhada para a UTI. Ao chegar na UTI o intervencionista relatou dificuldades técnicas e perfuração do aneurisma com estabilização após interrupção do fluxo sanguíneo por 3 min. O paciente chegou com midríase fixa e ao repetir a TC observou aumento do volume de sangramento e sinais de HIC. Após 12h de tratamento escalonado e completo da HIC. Não houve melhora da HIC e dos reflexos de tronco. Qual a próxima conduta mais apropriada neste momento?

- a) Solicitar exame complementar para confirmação diagnóstica
- b) Realizar o primeiro exame clínico para morte encefálica
- c) Suspender sedação e corrigir parâmetros fisiológicos para abertura do protocolo de morte encefálica
- d) Iniciar teste da apneia

Resposta: C



28. O paciente deu entrada no Pronto-Socorro relatando fraqueza progressiva e sensação de formigamento (parestesia) que começou nos pés há 3 dias e, nas últimas 24 horas, subiu para as mãos e coxas, impedindo-o de caminhar. Questionado sobre antecedentes relatou ter tido uma gripe cerca de 15 dias antes, que se resolveu espontaneamente em 3 dias. Ao exame físico na admissão apresentava tetraparesia flácida e simétrica (força grau II nos membros inferiores e grau III nos membros superiores) e arreflexia global. Sinais vitais normais. A emergencista solicitou internação em UTI para vigilância. Do ponto de vista de acesso ao risco ventilatório qual melhor estratégia?

- a) Avaliação em conjunto da fisioterapia respiratória (Capacidade Vital forçada e PI máxima seriada)
- b) Acessar uso da musculatura acessória, presença de cianose e oximetria
- c) Cateter de PAM para gasometria arterial e curva de PaCO₂
- d) Ultrassom seriado de diafragma

Resposta: A



29. Paciente 45 anos, etilista de longa data, tabagista e morador de rua, foi internado em insuficiência respiratória por uma PNM comunitária grave. Evoluiu bem e foi extubado no quarto dia e recebeu alta para enfermaria no sexto dia de internação. No décimo dia iniciou quadro de marcha atáxica, disartria evoluindo posteriormente com confusão mental e sonolência. Foi imediatamente transferido de volta para UTI. O exame neurológico evidencia Glasgow 10 (O2, V3, M5), pupilas isocóricas e fotorreagentes, mas com nistagmo, restante do exame sem alterações, TC de crânio sem contraste sem alterações significativas. Qual a conduta mais apropriada neste momento?

- a) Solicitar ressonância magnética de encéfalo antes de iniciar tratamento específico
- b) Iniciar imediatamente reposição intravenosa de tiamina em altas doses
- c) Solicitar dosagem sérica de vitamina B1 para confirmação diagnóstica
- d) Iniciar infusão de glicose hipertônica e observação clínica

Resposta: B



30. Paciente internado na UTI para manejo de TCE grave, com crises convulsivas em fase aguda, há 15 dias em uso de anticonvulsivante. No momento, está em reabilitação e desmame ventilatório e apresentou vermelhidão na pele, sede intensa, dor ao deglutir e febre de início há menos de 48h.

A conduta mais apropriada neste momento é:

- a) Solicitar avaliação dermatológica
- b) Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro
- c) Suspender imediatamente o anticonvulsivante
- d) Iniciar corticoterapia e antibioticoterapia

Resposta: C



31. Homem de 25 anos foi trazido pelo bombeiro com relato de colisão lateral carro x carro, sendo intubado na cena e trazido ao hospital, subindo para a UTI após atendimento inicial. Na avaliação neurológica admissional, sem sedação, o Glasgow era 8 (O2, V2, M4), as pupilas isocóricas e fotorreagentes e a TC de crânio Marshall I.

O exame complementar indicado para investigar a principal hipótese é:

- a) Angiotomografia de crânio
- b) Eletroencefalograma
- c) Monitorização invasiva de pressão intracraniana
- d) Ressonância magnética de crânio

Resposta: D



32. Homem de 68 anos tabagista, previamente hipertenso, veio com queixa de tontura e visão dupla que melhorou espontaneamente com duração de 30 minutos. TC de crânio não demonstrou alterações. Após alta a pedido, na manhã seguinte, foi trazido pela família em coma com desvio conjugado do olhar e hemiparético. Foi visto normal antes de dormir às 21h e encontrado em coma às 10h do dia seguinte. Angiotomografia de crânio mostrou artéria basilar tortuosa, com estenose grave e evidências de trombo de formação recente.

A melhor conduta é:

- a) Trombectomia mecânica
- b) Manejo clínico exclusivo
- c) Anticoagulação plena
- d) Trombólise intravenosa

Resposta: A



33. Paciente de 38 anos com doença renal policística deu entrada no SE por uma hemiparesia esquerda. Após TC de crânio com angiotomo inicia uma crise convulsiva tônico clônica generalizada tratada com benzodiazepínico e fenitoína. A imagem evidenciou dissecação de carótida, que foi tratada com stent. Apesar do sucesso da revascularização a paciente apresenta uma nova crise na UTI, o tratamento foi escalonado e instalado um EEG contínuo, que mostrou atividade epileptiforme apesar de midazolam em infusão contínua e associação de múltiplos fármacos anticonvulsivantes. Após 24h de intensificação do tratamento, ainda apresentava atividade epileptiforme ao EEG.

O diagnóstico mais adequado para guiar o tratamento subsequente é:

- a) Status epiléptico refratário
- b) Crise sintomática aguda pós-revascularização
- c) Status epiléptico não-convulsivo
- d) Status epiléptico super-refratário

Resposta: D



34. Homem de 24 anos, com diagnóstico prévio de anemia falciforme (HbSS), é admitido na UTI com queixa de dor lombar intensa e difusa há 2 dias e dificuldade para respirar há seis horas. Na admissão, apresenta FR: 28 irpm, Temperatura axilar: 38,5°C, Saturação de oxigênio: 88% em ar ambiente. Hemoglobina: 7,5 mg/dL; Reticulócitos 6%; Leucócitos totais: 12.000 células/mm³. A radiografia de tórax mostra um infiltrado novo em lobo inferior esquerdo. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- a) Crise vaso-oclusiva álgica
- b) Síndrome Torácica Aguda
- c) Insuficiência cardíaca aguda com edema pulmonar
- d) Sequestro Esplênico

Resposta: B



35. Homem, 65 anos, internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com diagnóstico de choque séptico de foco abdominal (peritonite). Após 24 horas de reposição volêmica e manutenção de vasopressores, o paciente apresenta os seguintes exames:

pH: 7,20

pCO₂: 32 mmHg

HCO₃: 12 mEq/L

Na: 140 mEq/L

Cl: 112 mEq/L

Lactato: 4,0 mmol/L

Considerando os exames laboratoriais e o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa com a interpretação mais adequada da gasometria arterial.

- a) Acidose metabólica com compensação respiratória dentro do esperado e anion gap normal
- b) Acidose metabólica associada a alcalose respiratória com anion gap elevado
- c) Acidose metabólica associada a acidose respiratória com anion gap elevado
- d) Acidose metabólica associada a alcalose respiratória com anion gap normal

Resposta: C



36. Mulher, 62 anos, admitida na UTI, será submetido à IOT. Ao exame: Mallampati III, abertura de boca < 3 cm, pescoço curto. Após pré-oxigenação e administração de sequência rápida adequadas, é constatado Cormack-Lehane Grau III na laringoscopia direta. A primeira tentativa falha. A paciente apresenta queda da oximetria (80%) mesmo com tentativas de ventilação com bolsa-valva-máscara.

Diante da falha na intubação e da impossibilidade de manter adequada ventilação com bolsa-valva-máscara, qual a conduta imediata mais adequada?

- a) Chamar por ajuda de um operador experiente com uso de videolaringoscopia
- b) Repetir a laringoscopia direta utilizando manobra de BURP (Backward, Upward, Rightward Pressure)
- c) Administrar bloqueador neuromuscular de ação longa e tentar intubação com laringoscópio articulado
- d) Proceder com cricotireoidotomia cirúrgica imediata

Resposta: D



37. Mulher de 65 anos, no pós-operatório de cirurgia do aparelho digestivo, está com cateter peridural torácico (inserido em T7-T8) para analgesia contínua. Recebe enoxaparina 40mg/dia.

Assinale a conduta mais adequada para o momento da retirada do cateter.

- a) Retirar o cateter imediatamente, pois a dose de enoxaparina é profilática
- b) Retirar o cateter e aplicar um curativo compressivo, aguardando 24 horas para reiniciar a enoxaparina
- c) Retirar o cateter 24 horas após a última dose de enoxaparina
- d) Retirar o cateter 12 horas após a última dose de enoxaparina

Resposta: D



38. Homem, 28 anos, vítima de colisão moto x carro com alta energia. Chega à sala de emergência com colar cervical, SpO₂: 85%, FR = 28 irpm, confuso, com PA = 90/50 mmHg e FC = 130 bpm. Apresenta fratura exposta de fêmur esquerdo com sangramento ativo moderado e redução de murmúrio vesicular em pulmão direito.

Considerando o atendimento inicial ao trauma qual é a sequência de condutas mais adequada?

- a) Intubação orotraqueal, seguida de reposição volêmica com 30 mL/Kg de cristalóide aquecido e realização de ultrassom com protocolo FAST
- b) Manejo de via aérea com proteção da coluna cervical, toracocentese à direita, controle de hemorragia femoral
- c) Solicitação de Tomografia de Crânio, Tórax e Abdome (Pan-CT), transfusão sanguínea 1:1:1 e uso de ácido tranexâmico
- d) Verificação do estado neurológico e desnudamento do paciente para busca de outras lesões e início de reposição volêmica

Resposta: B



39. Homem 45 anos é admitido após acidente automobilístico com pelve estável, sem fraturas expostas e quadro de hipotensão arterial. Sobre o protocolo E-FAST à beira-leito, qual janela é mais sensível para detecção de líquido livre:

- a) Área costofrênica.
- b) Espaço hepatorenal.
- c) Janela subcostal.
- d) Janela espleno renal.

Resposta: B



40. Você está de plantão em uma UTI com 100% de ocupação. Você recebe quatro solicitações de admissão na seguinte ordem:

- 1: Homem, 68 anos com cirrose hepática CHILD C com quadro de insuficiência hepática e rebaixamento do nível de consciência.
- 2: Mulher, 75 anos, com neoplasia de pulmão e metástase hepática, com quadro de pneumonia e necessidade de ventilação mecânica invasiva.
- 3: Mulher, 60 anos, com quadro de síndrome coronariana aguda e necessitando monitorização cardíaca.
- 4: Homem, 45 anos, hipertenso prévio, em pós-operatório imediato de apendicectomia complicada, dependente de drogas vasoativas em doses crescentes.

A equipe médica precisa definir a ordem de prioridade para a única vaga que será liberada nas próximas horas. Com base nos modelos de priorização de admissão em UTI, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta:

- a) Admitir o Paciente 1 pela ordem de solicitação da vaga usando o critério “primeiro a chegar, primeiro a ser atendido”
- b) Admitir o Paciente 2, pois a necessidade de ventilação mecânica é o critério absoluto de prioridade
- c) Admitir o Paciente 3, por apresentar alto risco de arritmia e parada cardiorrespiratória
- d) Admitir o Paciente 4, pois apresenta instabilidade aguda e necessidade de intervenção imediata

Resposta: D



41. Sobre a segurança do paciente que será submetido a exame de ressonância magnética assinale a alternativa mais adequada:

- a) Stents vasculares são considerados seguros após duas semanas de inserção
- b) Cateter de artéria pulmonar de termodiluição deve ser retirado antes do exame
- c) Cardioversor Desfibrilador Implantável é considerado seguro se for classificado como “MR condicional”
- d) Próteses ortopédicas são ferromagnéticas e consideradas contraindicação para o exame

Resposta: B



42. Homem, 65 anos, admitido na UTI com choque séptico de foco pulmonar (pneumonia comunitária grave), em ventilação mecânica invasiva e uso de noradrenalina (0,2 mcg/kg/min). Após as primeiras 24 horas de tratamento se encontra com distensão abdominal e ruídos hidroaéreos ausentes. Após a passagem de sonda gástrica foi observada drenagem de 450 mL de resíduo gástrico. Lactato arterial na admissão = 4,5 mmol/L e após 24 horas de tratamento = 2,5 mmol/L.

Considerando o quadro descrito, qual a conduta mais adequada para o suporte nutricional?

- a) Iniciar nutrição enteral e prescrever metoclopramida/eritromicina se surgirem sinais de intolerância à dieta
- b) Manter em jejum, monitorização do lactato sérico a cada 6 horas e iniciar nutrição enteral com lactato < 2,0 mmol/L
- c) Manter em jejum, monitorização do resíduo gástrico a cada 4 horas e iniciar nutrição enteral com resíduo gástrico < 250 mL
- d) Iniciar nutrição enteral com posição da sonda enteral pós pilórica com uso de endoscopia ou radioscopia

Resposta: A



43. Homem de 55 anos internado em UTI no 1º dia de pós-operatório de transplante hepático ortotópico devido à cirrose por NASH. Apresenta redução progressiva dos resultados de AST-ALT, normalização do INR e redução dos níveis de lactato. Mantendo disfunção renal com creatinina = 2,5 mg/dL. Sobre o manejo perioperatório deste paciente, qual das seguintes condutas é mais adequada para garantir a viabilidade do enxerto e reduzir complicações?

- a) Manter pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg para garantir perfusão do enxerto hepático
- b) Iniciar hemodiálise precocemente para prevenir riscos de toxicidade por hiperamonemia
- c) Ressuscitação com fluidos guiada por metas hemodinâmicas para evitar congestão e disfunção do enxerto hepático
- d) Se indicado uso de vasopressor no manejo hemodinâmico, rotineiramente usar terlipressina para evitar disfunção renal

Resposta: C



44. Homem, 65 anos, tabagista, internado na UTI por choque cardiogênico (IAM com supra de ST) complicado com disfunção sistólica (FEVE 25%). Apresenta PA = 90/55 mmHg, FC = 110 bpm, creatinina = 2,5 mg/dL, com sinais de hipoperfusão periférica e índice cardíaco de 1,8 L/min/m². Está em uso de noradrenalina 0,1 µg/kg/min.

Diante da necessidade de suporte inotrópico, assinale a alternativa que melhor descreve a indicação adequada para este paciente:

- a) Dobutamina é a droga de escolha, porém com risco de taquiarritmias e hipotensão por vasodilatação reflexa
- b) Milrinone está indicada porque promove inotropismo sem aumentar o consumo de oxigênio miocárdico
- c) Levosimendana deve ser iniciada, pois aumenta a contratilidade cardíaca sem risco de vasodilatação sistêmica
- d) Adrenalina está indicada pois oferece inotropismo puro sem causar taquicardia ou aumento da resistência vascular sistêmica

Resposta: A



45. Sobre as características farmacológicas das drogas vasoativas adrenérgicas, assinale a alternativa com a melhor resposta.

- a) Noradrenalina age em receptores adrenérgicos beta-1 e beta-2 resultando em vasoconstrição e taquicardia acentuada
- b) Fenilefrina age seletivamente em receptores beta resultando em vasoconstrição e aumento da resistência vascular sistêmica
- c) Isoproterenol age em receptores alfa resultando em vasoconstrição sistêmica e bradicardia reflexa
- d) Epinefrina tem ação potente em receptores beta-1 resultando em efeitos inotrópicos e cronotrópicos

Resposta: D



46. Mulher, 39 anos, admitida na UTI por trauma de crânio em acidente automobilístico e evolui em coma aperceptivo sendo realizados os exames clínicos e complementares para o diagnóstico de morte encefálica. Evolui com hipotensão arterial persistente apesar de reposição volêmica adequada inicial e no momento em uso de noradrenalina $0,1/\mu\text{g}/\text{Kg}$ min para manter PAM em 65 mmHg. De acordo com as diretrizes brasileiras para o manejo de potenciais doadores de órgãos em morte encefálica, assinale a alternativa com a melhor opção de manejo sequencial.

- a) Associar vasopressina e hidrocortisona
- b) Iniciar reposição de hormônios tireoidianos
- c) Associar dobutamina em baixa dose
- d) Manter titulação de noradrenalina para meta de PAM

Resposta: A



47. Homem, 76 anos, admitido na UTI com quadro de insuficiência respiratória aguda por pneumonia comunitária, evolui com hipoxemia refratária necessitando aumento progressivo da oferta de oxigênio para manter oximetria de 90%, esforço respiratório, FR = 38 irpm, FC = 120 bpm, PA = 80/50 mmHg. Recebeu fluidos e em uso de noradrenalina 0,1/μg/Kg min para manter PAM 65 mmHg. A equipe da UTI decide por intubação orotraqueal e ventilação mecânica invasiva. Na avaliação pré intubação apresenta classificação Mallampati II, distância interincisivos 4 cm.

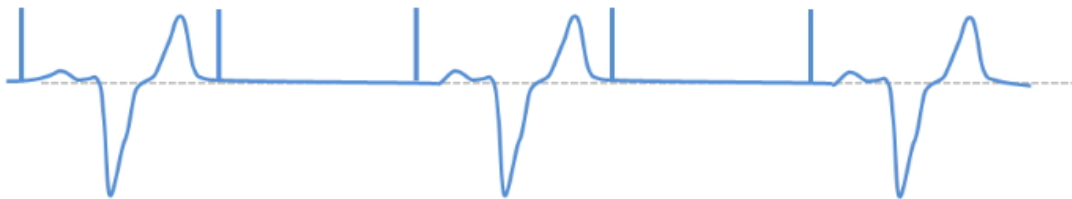
Assinale a alternativa com o melhor manejo desse caso para prevenção de eventos adversos no período peri intubação.

- a) Uso de videolaringoscópio e dispositivos de ventilação supraglóticos prevendo via aérea difícil
- b) Uso de VNI ou cateter nasal de alto fluxo na fase de pre oxigenação
- c) Sequência rápida de intubação com doses máximas de propofol ou cetamina
- d) Iniciar a ventilação mecânica com volume minuto baixo para garantir ventilação protetora

Resposta: B



48. Mulher, 67 anos, admitida na UTI para tratamento de bradicardia sintomática. Foi instalado marca passo provisório transvenoso, modo ventricular inibido (VVI), FC 70 bpm, sensibilidade 2 mV, corrente de saída 3 mA. No segundo dia de internação, o monitor multiparamétrico começa a soar o alarme de bradicardia. Ao examinar o paciente, você nota a frequência cardíaca 40 bpm. O traçado do eletrocardiograma (ECG) revela o seguinte:



Assinale a alternativa com a conduta mais adequada.

- a) Alterar o modo do marca passo para ventricular assíncrono (VOO)
- b) Aumentar a frequência do marca passo para 80 bpm
- c) Aumentar a sensibilidade para 5 mV
- d) Aumentar a corrente de saída para 6 mA

Resposta: D



49. Mulher, 71 anos, admitida na UTI por síndrome coronariana aguda. Durante a monitorização, evolui com colapso hemodinâmico e o monitor exibe fibrilação ventricular de alta amplitude. Manobras de ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade são iniciadas e o desfibrilador é preparado. Considerando os princípios básicos da desfibrilação, assinale a alternativa que melhor explica o efeito da desfibrilação nesse caso.

- a) A energia gerada pelo choque elétrico acelera o marca-passo natural do coração que assume o controle elétrico pelo mecanismo de overdrive suppression
- b) A energia necessária para neutralizar os mecanismos de reentrada deve ser menor que a energia capaz de reiniciar a fibrilação segundo a hipótese do limite superior de vulnerabilidade
- c) A energia gerada pelo choque elétrico despolariza uma massa crítica de miócitos simultaneamente, forçando um período refratário uniforme, permitindo o nó sinusal reassumir o ritmo
- d) O choque bifásico reduz o limiar de desfibrilação promovendo a repolarização imediata dos miócitos pela abertura sustentada dos canais de sódio dependentes de voltagem

Resposta: C



50. Homem de 65 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica resistente, em investigação etiológica para feocromocitoma, é admitido na unidade de terapia intensiva com insuficiência respiratória hipoxêmica aguda e suspeita de edema agudo de pulmão. Apresentava pressão arterial sistólica de 200 mmHg e frequência cardíaca de 110 bpm na admissão.

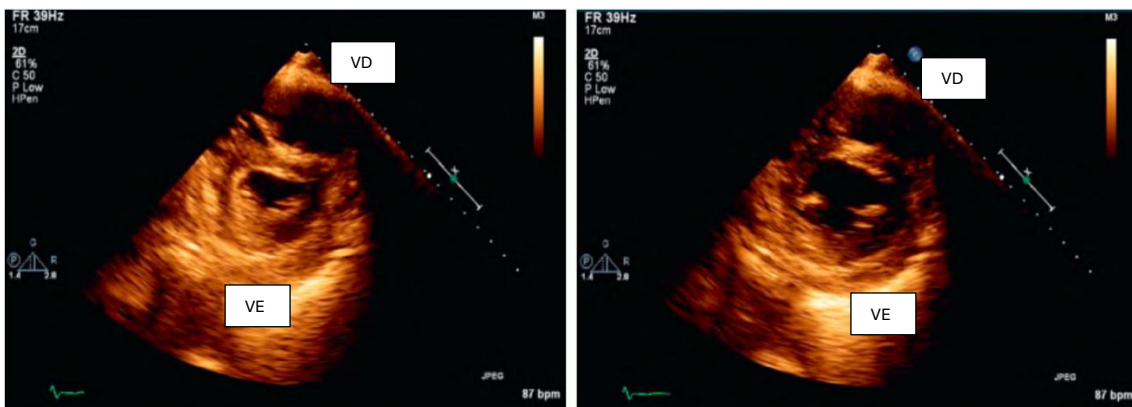
Considerando a gravidade da apresentação e a incerteza da etiologia da hipertensão, qual a conduta farmacológica inicial mais apropriada para este paciente?

- a) Iniciar um beta-bloqueador intravenoso para controlar a frequência cardíaca e a pressão arterial, seguido por um vasodilatador arterial, visando a rápida redução da pós-carga e melhora da dispneia
- b) Administrar um vasodilatador arterial direto, como nitroprussiato de sódio, para um controle rápido e eficaz da pressão arterial, devido à urgência do quadro
- c) Priorizar a diurese com furosemida intravenosa para aliviar o edema agudo de pulmão, e então iniciar a terapia anti-hipertensiva com inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)
- d) Iniciar um bloqueador alfa-adrenérgico para antagonizar os efeitos das catecolaminas, com o objetivo de reduzir a pressão arterial sistólica para < 140 mmHg e considerar a introdução de um beta-bloqueador posteriormente

Resposta: D

51. Mulher de 52 anos, portadora de DPOC, é admitida na UTI com história de dispneia súbita, dor torácica, sudorese e extremidades frias. Na admissão, apresenta pressão arterial média de 45 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e saturação periférica de oxigênio de 90% em uso de cateter nasal a 3 L/min. Um ecocardiograma à beira do leito é realizado.

Considerando o quadro clínico de choque e os achados ecocardiográficos observados na figura abaixo, qual seria a conduta terapêutica inicial mais apropriada para este caso?



VD: Ventrículo direito; VE: Ventrículo esquerdo

- a) Iniciar expansão volêmica cautelosa com cristaloides para otimizar a pré-carga do ventrículo direito, enquanto se aguarda a realização de angiotomografia de tórax para confirmação diagnóstica da etiologia do choque
- b) O quadro clínico e ecocardiográfico é compatível com choque obstrutivo por TEP maciço. A conduta mais adequada é a administração imediata de terapia trombolítica sistêmica, desde que não haja contraindicações absolutas
- c) Proceder com a realização imediata de cineangiocoronariografia, pois a dor torácica e a instabilidade hemodinâmica são altamente sugestivas de

síndrome coronariana aguda com choque cardiogênico de origem isquêmica

- d) A abordagem inicial exige o uso de vasopressores (ex: noradrenalina) para estabilização da pressão arterial, expansão volêmica e antibioticoterapia venosa empírica, considerando a alta probabilidade de choque séptico em paciente com DPOC

Resposta: B



52. Mulher de 23 anos, com diabetes mellitus tipo 1 em uso regular de insulina, é admitida na UTI com quadro de astenia, febre e vômitos há três dias. Encontra-se alerta, mas com queixa de dispneia. A gasometria arterial revela $\text{pH} = 7.1$, $\text{HCO}_3 = 8 \text{ mmol/L}$ e $\text{PaO}_2 = 98 \text{ mmHg}$. A glicemia é de 280 mg/dL e o anion gap calculado é de 21.

Considerando o quadro descrito acima, qual seria a conduta mais adequada:

- a) Iniciar infusão contínua de insulina endovenosa e considerar a reposição de bicarbonato de sódio devido à acidose grave
- b) Priorizar a expansão volêmica na primeira hora, seguida pela infusão de insulina endovenosa. A insulina deve ser descontinuada assim que a glicemia atingir valores inferiores a 180 mg/dL
- c) Iniciar a expansão volêmica com cristaloides, seguida pela infusão contínua de insulina endovenosa após a checagem dos níveis séricos de potássio
- d) Administrar bicarbonato de sódio. A infusão de insulina e a reposição volêmica devem ser iniciadas somente após a confirmação de níveis séricos de potássio normais

Resposta: C



53. Homem de 58 anos é admitido na unidade de terapia intensiva com fibrilação atrial de início recente (menos de 48 horas), apresentando frequência ventricular rápida (160 bpm), hipotensão (PA 80/50 mmHg). A equipe decide pela cardioversão elétrica sincronizada imediata.

Considerando o uso de um desfibrilador bifásico, qual a abordagem mais adequada em relação à energia inicial e à justificativa clínica?

- a) Iniciar com 50 Joules, pois a fibrilação atrial de início recente geralmente responde a baixas energias, minimizando o risco de disfunção miocárdica pós-choque
- b) Administrar 120-200 Joules, pois esta faixa de energia é recomendada para cardioversão de fibrilação atrial com desfibriladores bifásicos
- c) Utilizar 360 Joules, pois a instabilidade hemodinâmica exige a máxima energia disponível para garantir a reversão da arritmia e prevenir a progressão para parada cardíaca
- d) Realizar desfibrilação não sincronizada com 200 Joules, pois a hipotensão grave indica a necessidade de choque imediato para restaurar a atividade elétrica organizada

Resposta: B



54. Homem de 45 anos, pesando 80 kg, sofreu queimaduras de segundo e terceiro graus que afetam 40% da superfície corporal total. Ao iniciar a ressuscitação volêmica com cristaloides (Ringer Lactato), a equipe opta pela fórmula de Brooke modificada.

Qual a conduta correta para a administração do volume total de cristaloides nas primeiras 24 horas pós-queimadura?

- a) Administrar 6.400 mL de Ringer Lactato, sendo metade nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas subsequentes
- b) Administrar 12.800 mL de Ringer Lactato, sendo 75% nas primeiras 8 horas e 25% nas 16 horas seguintes
- c) Administrar 3.200 mL de Ringer Lactato, em infusão contínua ao longo das 24 horas
- d) Administrar 8.000 mL de Ringer Lactato, com a maior parte infundida nas primeiras 4 horas

Resposta: A



55. Homem de 55 anos com Síndrome do desconforto respiratório agudo grave ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100 \text{ mmHg}$) persiste com hipoxemia refratária, apesar de ventilação com volume corrente de 6 ml/kg/peso predito, PEEP otimizada e bloqueio neuromuscular. A equipe considera a implementação de manobras adicionais. Qual a próxima intervenção com maior evidência de benefício na mortalidade para este cenário?

- a) Introduzir Oxigenação por Membrana Extracorpórea (ECMO - VV)
- b) Realizar manobras de recrutamento alveolar
- c) Posicionar o paciente em prona por períodos prolongados
- d) Administrar óxido nítrico inalatório para vasodilatação pulmonar seletiva

Resposta: C



56. Mulher de 40 anos, com lesão cerebral anóxica grave, preenche os critérios clínicos de morte encefálica, incluindo coma, ausência de reflexos de tronco e teste de apneia positivo. No entanto, foi observado que a temperatura corporal central estava de 32°C e a paciente fez uso de infusão contínua de benzodiazepínicos nas últimas 12 horas. Qual a conduta mais apropriada para a confirmação do diagnóstico de morte encefálica?

- a) Aguardar o tempo de duas meias-vidas do benzodiazepínico e então realizar um teste confirmatório
- b) Realizar a angiografia cerebral pois é um teste confirmatório indicado para pacientes com uso de sedação contínua
- c) Iniciar suporte para doação de órgãos, pois a morte encefálica está confirmada
- d) Reaquecer o paciente para uma temperatura central > 36°C e aguardar a eliminação dos sedativos antes de iniciar os testes clínicos

Resposta: D



57. Mulher de 78 anos com choque séptico, após 3 litros de cristaloides e noradrenalina em dose crescente (no momento com 0,8 µg/kg/min), mantém PAM de 58 mmHg e lactato sérico elevado. O ecocardiograma revela função cardíaca preservada. Qual a intervenção sugerida mais adequada para otimização hemodinâmica, de acordo com as diretrizes atuais?

- a) Adicionar vasopressina em dose entre 0,01 a 0,04 U/min
- b) Aumentar a dose de noradrenalina até atingir PAM > 75 mmHg
- c) Iniciar dobutamina para melhorar o débito cardíaco
- d) Administrar hidrocortisona intravenosa 500 mg em 24 horas

Resposta: A

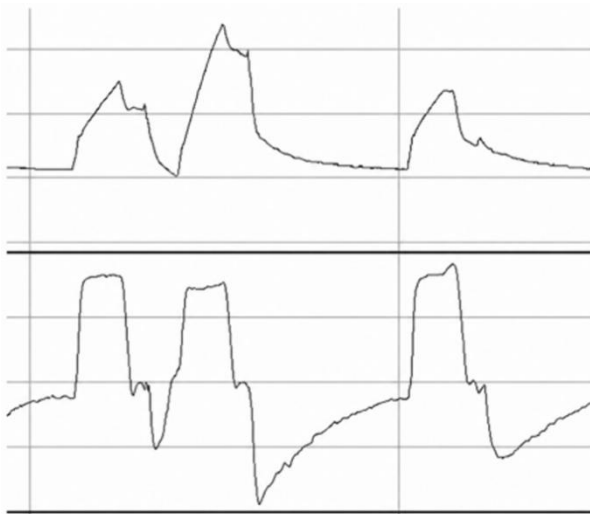


58. Homem de 72 anos, com histórico de doença arterial coronariana grave, é admitido com sangramento gastrointestinal ativo, hemoglobina de 7.5 g/dL, pressão sistólica de 130 mmHg e FC 100 bpm. Ele apresenta sinais de isquemia miocárdica no eletrocardiograma e queixa de leve desconforto precordial. Qual a conduta transfusional mais adequada neste momento?

- a) Não transfundir, pois a hemoglobina está acima do limiar de 7 g/dL para pacientes estáveis
- b) Transfundir concentrado de hemácias para manter a hemoglobina acima de 8 g/dL
- c) Transfundir concentrado de hemácias para manter a hemoglobina acima de 10 g/dL
- d) Administrar ácido tranexâmico e aguardar a estabilização do sangramento antes de considerar a transfusão

Resposta: C

59. Homem de 65 anos, com quadro de choque séptico, encontra-se com hemodinâmica compensada em uso 0,5 mcg/kg/min de noradrenalina, sedado com RASS -5. Avaliação gráfica do ventilador mecânico pode ser observada na figura abaixo.



Qual seria a melhor interpretação para a assincronia observada?

- a) Trata-se de um disparo reverso, assincronia que somente ocorre em modos controlados
- b) Deve-se considerar a possibilidade de assincronia de fluxo, pois o esforço inicia no início da exalação
- c) Provavelmente é uma assincronia de ciclagem, justificando o aumento do tempo inspiratório
- d) Trata-se de uma assincronia de disparo, recomendando iniciar bloqueador neuromuscular

Resposta: D



60. Homem de 45 anos com sepse e injúria renal aguda (IRA) estágio 2 (creatinina 2,5 mg/dL, oligúria por 24h) é submetido a um Teste de Estresse com Furosemida (TEF) com 1 mg/kg, resultando em débito urinário de 50 mL nas 2 horas seguintes. Qual a implicação desse achado para o manejo da IRA?

- a) A resposta observada após o estímulo diurético sugere baixo risco de progressão para IRA estágio 3, justificando postergar terapia dialítica
- b) Apesar da resposta com o estímulo diurético, a presença de oligúria por mais de 24 horas implica necessidade de início de diálise
- c) O resultado do teste de estresse de furosemida observado determina o início precoce de suporte dialítico evitando complicações eletrolítica e ácido-base
- d) Na ausência de situações de emergência, a diálise pode ser postergada, mesmo com um TEF com baixa resposta

Resposta: D



61. Homem de 35 anos, com histórico de depressão, é admitido na UTI com um quadro de encefalopatia aguda, há cerca de 12 horas, Escala de coma de Glasgow de 4 e relato dos familiares de ter encontrado caixas vazias de benzodiazepínico próximo do paciente, além de outras medicações. Considerando a principal suspeita para este caso, qual seria a melhor abordagem?

- a) Deve-se realizar a lavagem gástrica no momento da admissão com pequenos volumes (200 ml) para minimizar risco de aspiração
- b) O uso de flumazenil é fortemente recomendado com objetivo de antagonizar os efeitos do benzodiazepínicos
- c) Recomenda-se uso de carvão ativado, uma ou múltiplas doses, com objetivo de adsorver a droga no trato gastrointestinal
- d) Realizar intubação orotraqueal considerando o quadro de encefalopatia aguda e escala de coma de Glasgow de 4

Resposta: D



62. A descontaminação seletiva do trato digestivo (DSTD) é uma estratégia preventiva de controle de infecções que consiste na administração de agentes antimicrobianos tópicos não absorvíveis e antibiótico intravenoso de amplo espectro em pacientes ventilados mecanicamente.

Sobre esta prática é correto afirmar:

- a) O agente antimicrobiano não absorvido usado habitualmente é a vancomicina, com objetivo de reduzir infecção por *Clostridioides difficile*
- b) A nova versão da *Surviving Sepsis Campaign* (2026) recomenda esta prática para todos os pacientes em ventilação mecânica
- c) A DSTD é especificamente desenvolvida para eliminar bactérias aeróbicas patogênicas, preservando as bactérias anaeróbicas intestinais
- d) Em UTI com alta prevalência de bactérias multirresistentes, a DSTD é uma estratégia que reduz mortalidade

Resposta: C



63. Masculino, 38 anos, previamente hipertenso, é admitido na UTI após ter sido intubado no pronto-socorro há 02 horas por rebaixamento do nível de consciência. Família refere que paciente estava com queixa de cefaleia e febre há 01 semana e há 02 dias iniciou quadro de sonolência e confusão mental. TC de crânio sem alterações grosseiras. Qual seria a conduta inicial em relação a antibioticoterapia?

- a) Iniciar Ceftriaxona, Vancomicina e Aciclovir
- b) Iniciar Ceftriaxona e Vancomicina
- c) Iniciar Ceftriaxona e Ampicilina
- d) Iniciar Aciclovir

Resposta: A



64. Feminino, 66 anos, é admitida na UTI após endarterectomia de carótida, evolui no POI com PA 190 x 130 mmHg, cefaleia ipsilateral ao sítio cirúrgico, seguida por sonolência. Qual hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Acidente vascular cerebral isquêmico
- b) Síndrome de hiperperfusão cerebral
- c) Hemorragia cerebral intraparenquimatosa
- d) Hemorragia subaracnóidea

Resposta: B

65. Masculino, 42 anos, previamente etilista e tabagista, é admitido na UTI após ser intubado por insuficiência respiratória no pronto socorro há 01 hora. Na admissão relatava dor abdominal em faixa e vômitos há 05 dias. Após ajuste inicial da ventilação mecânica, gasometria foi coletada.

VM: VCV 480 ml (8ml/Kg peso predito); PEEP 8; FiO₂ 80%; FR 28 irpm

Gasometria arterial: pH 7.08; PaO₂ 110 mmHg; PaCO₂ 56 mmHg; HCO₃ 16 mEq/L; BE -15



Qual sua principal suspeita em relação à disfunção respiratória?

- a) SDRA de origem extrapulmonar
- b) Congestão pulmonar por excesso de fluidos no pronto socorro
- c) Pneumonia por broncoaspiração

d) Sepses foco pulmonar

Resposta: A



66. Masculino, 68 anos, em pós-operatório imediato de retossigmoidectomia por abdome agudo obstrutivo por tumor de cólon descendente. Chega à UTI em uso de noradrenalina 0.1 µg/Kg/min e relato da equipe de anestesia de ter ocorrido sangramento moderado no transoperatório. Qual método mais adequado para avaliação inicial do choque?

- a) Passagem de swan-ganz para avaliação hemodinâmica completa
- b) Ultrassonografia point-of-care com avaliação de VTI
- c) Avaliar pressão arterial antes e após prova volêmica
- d) Monitorização invasiva com pressão arterial contínua e mensuração da pressão venosa central por cateter venoso central

Resposta: B



67. Paciente de 55 anos é admitido na UTI para tratamento de choque séptico foco pulmonar após rápida passagem pelo pronto socorro (PS), apresenta-se pouco sonolento, em uso de noradrenalina 0,15 µg/Kg/min, cateter de oxigênio 2L/min. Já realizado primeira dose de antibiótico e feito expansão volêmica com 30 ml/Kg de cristalóide no PS. PA 100 x 60 mmHg (PAM 73 mmHg), FC 115 bpm, SatpO₂ 94% FR 26 irpm. Assinale a melhor alternativa.

- a) Seguir com controle pressórico com noradrenalina com objetivo de PAM $\geq$ 65 mmHg, como PAM já está na meta não é mais necessário ressuscitação volêmica
- b) Avaliar a perfusão tecidual com lactato e tempo de enchimento capilar (TEC) e administrar cristalóide até que a noradrenalina seja totalmente retirada
- c) Se houver alteração de perfusão tecidual avaliada com lactato e TEC, deve-se seguir ressuscitação volêmica guiada por medidas dinâmicas de fluidoresponsividade
- d) Iniciar expansão com soro albuminado, visto a paciente permanecer com vasopressor após expansão volêmica inicial

Resposta: C



68. Sobre o uso de ultrassonografia point of care (POCUS) durante manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Qual é a melhor alternativa?

- a) É importante uso de POCUS para diagnóstico diferencial etiológico da parada cardiorespiratória (PCR) e deve ser realizado logo após iniciar a massagem cardíaca
- b) POCUS pode ser ferramenta útil durante manobras de RCP, porém deve ser realizado por profissional experiente e desde que não comprometa a qualidade da massagem cardíaca
- c) POCUS não é indicado durante as manobras de RCP, pois não fornece informações relevantes durante o procedimento e leva a interrupções na massagem cardíaca durante posicionamento do aparelho
- d) A utilização do POCUS durante RCP deve ser realizada apenas em casos de PCR em AESP para auxiliar no diagnóstico de causas reversíveis

Resposta: B



69. Homem, 35 anos, é admitido na UTI após quadro de vômitos e confusão mental seguida por torpor. Familiares relatam possível ingestão alcoólica e terem o encontrado próximo a garrafa com conteúdo desconhecido.

Sinais vitais: FC: 105 bpm; PA: 135/85 mmHg; FR: 32 irpm; SatO₂: 97% em ar ambiente.

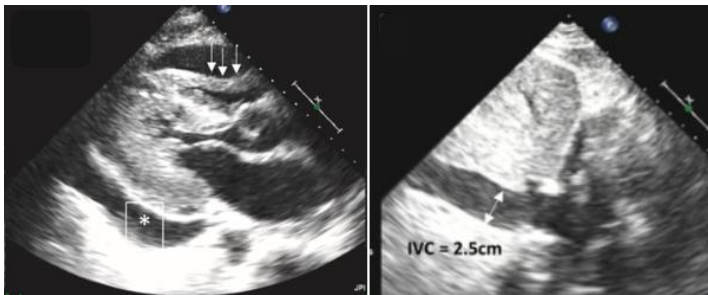
Exames laboratoriais: pH 7,21; PaO₂ 85; PaCO₂ 25; Bic 12; BE -3; SaO₂ 96%; Sódio: 140 mEq/L; Cloro: 100 mEq/L; Creatinina: 2,2 mg/dL; Ureia: 82 mg/dL; Lactato: 3 mmol/L; Glicemia: 103 mg/dL; Osmolalidade medida: 350 mOsm/kg; Osmolalidade calculada: 299 mOsm/kg.

Sobre o quadro clínico qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- a) Intoxicação por libação alcoólica e injúria renal aguda por desidratação
- b) Sepses foco pulmonar por broncoaspiração após vômitos
- c) Intoxicação por metanol ou etilenoglicol
- d) Cetoacidose euglicêmica

Resposta: C

70. Homem, 52 anos, 2º pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. Logo após retirada do dreno de mediastino paciente inicia quadro de hipotensão e dispneia. Para diagnóstico diferencial você rapidamente faz avaliação com POCUS e identifica a seguinte imagem:



Qual o diagnóstico mais provável?

- a) Efusão pericárdica dentro do limite esperado no pós-operatório
- b) Derrame pericárdico com tamponamento cardíaco
- c) Pericardite pós-operatória
- d) Congestão com efusão pericárdica

Resposta: B



71. Mulher de 67 anos encontra-se internada na UTI em ventilação mecânica após laparotomia por abdome agudo perfurativo, apresenta episódios recorrentes de taquicardia e hipertensão durante mobilização e aspiração traqueal. A paciente está em RASS - 1, porém incapaz de se comunicar verbalmente devido ao tubo orotraqueal. Recebe infusão contínua de propofol, sem analgesia associada.

Qual das seguintes estratégias representa a abordagem mais apropriada para avaliação e manejo da dor nesse cenário?

- a) Aumentar a vazão do propofol, utilizando taquicardia e hipertensão como marcadores de dor intensa em pacientes críticos
- b) Realizar avaliação com a escala *Behavioral Pain Scale* (BPS), iniciar estratégia “*analgesia-first*” e realizar analgesia antes de procedimentos dolorosos
- c) Não utilizar opioides devido ao risco de efeitos adversos, independente da intensidade da dor
- d) Prosseguir para extubação e então utilizar escala visual analógica (EVA) de dor para maior confiabilidade na avaliação

Resposta: B



72. Homem de 61 anos encontra-se intubado há 2 dias com diagnóstico de SDRA por pneumonia adquirida na comunidade. Está hemodinamicamente estável, sem assincronias, profundamente sedado com benzodiazepínico contínuo e sem bloqueador neuromuscular.

VM: VCV; VT 420 ml (6ml/Kg peso predito); FiO₂ 50%; PEEP 10; FR 26 irpm; Pplatô 23; Relação PaO₂/FiO₂ = 140.

Qual das seguintes estratégias representa a abordagem mais adequada?

- a) Priorizar monitorização contínua com Índice Bispectral (BIS) para garantir que o paciente fique em sedação profunda
- b) Manter sedação contínua com benzodiazepínicos para otimizar sincronia ventilatória devido SDRA moderada em fase inicial
- c) Utilizar *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS) para titular sedação ao menor nível possível garantindo sincronia ventilatória
- d) Iniciar bloqueador neuromuscular contínuo devido SDRA com baixa relação PaO₂/FiO₂

Resposta: C



73. Homem de 58 anos, intubado há 05 dias por sepse de foco cutâneo. Encontra-se em uso contínuo de midazolam e fentanil, com episódios frequentes de delirium, despertar prolongado e dificuldade de desmame ventilatório. A UTI decide implementar um protocolo institucional baseado no *bundle* ABCDEF. Qual das seguintes condutas representa a estratégia mais adequada?

- a) Manter sedação contínua com midazolam para evitar agitação devido ao risco elevado de estresse fisiológico e *Post-traumatic Stress Disorder* (PTSD)
- b) Priorizar analgesia, titular sedação leve com interrupção diária associada a teste de respiração espontânea e dar preferência por agentes não benzodiazepínicos
- c) Substituir o midazolam por dexmedetomidina em infusão contínua, independentemente dos parâmetros hemodinâmicos
- d) Priorizar sedação com propofol, evitando despertar diário e mobilização devido risco de autoextubação em cenário de delirium

Resposta: B



74. Homem de 67 anos internado na UTI há 12 dias por choque séptico secundário à pancreatite necrotizante, evolui com febre, aumento de secreção traqueal purulenta e infiltrado pulmonar novo bilateral. Está em ventilação mecânica desde a admissão e recebeu piperacilina-tazobactam na última semana.

Qual alternativa representa a abordagem mais adequada?

- a) Escolher empiricamente um carbapenêmico associado a um aminoglicosídeo como padrão para tratamento de PAV com mais de 5 dias em ventilação mecânica
- b) Priorizar o antibiótico de maior espectro disponível, porque a resistência bacteriana decorre do tempo de ventilação mecânica prolongado
- c) Individualizar a terapia empírica considerando exposição antibiótica prévia e padrão da flora do hospital, seguir com posterior descalonamento conforme cultura e resposta clínica
- d) Iniciar Meropenem e Vancomicina e evitar descalonamento, pois reduções no espectro antimicrobiano favorecem evolução para patógenos resistentes

Resposta: C



75. Homem de 64 anos é admitido na UTI com choque séptico abdominal por diverticulite, sem indicação cirúrgica. Após ressuscitação volêmica adequada permanece com dose baixa de noradrenalina, mas apresenta melhora com bons parâmetros de perfusão tecidual. Sobre a nutrição desse paciente, qual seria a melhor opção?

- a) Iniciar nutrição parenteral precoce nas primeiras 48 horas para garantir metas calóricas e proteicas, pois o déficit energético inicial aumenta mortalidade
- b) Priorizar nutrição enteral precoce dentro de 48 horas, iniciar alimentação trófica e progredir conforme tolerância clínica
- c) Evitar nutrição enteral precoce devido ao risco aumentado de translocação bacteriana e preferir nutrição parenteral para atingir meta calórica
- d) Postergar qualquer suporte nutricional nos primeiros 7 dias em pacientes em uso de vasopressores, pois a ativação da autofagia depende de jejum absoluto

Resposta: B

76. Mulher de 52 anos, internada há dois meses no hospital, em estado de mínima consciência após quadro de ventriculite, traqueostomizada, com sonda vesical de demora e sonda nasoenteral, colonizada por enterobactérias resistentes a carbapenêmicos, reinternada na UTI com choque séptico de foco indeterminado, tendo iniciado meropenem e polimixina B empiricamente. No 3º dia de UTI, desmamou drogas vasoativas, Cr = 0,5 mg/dL, radiografia de tórax sem imagem nova, sem secreção, nebulizando a 8L/min em ar comprimido, com urina de aspecto inespecífico. Os resultados das culturas são:

Amostra	Aspirado traqueal	Urocultura	Hemocultura
Isolado	Klebsiella pneumoniae	Klebsiella pneumoniae	Klebsiella pneumoniae
UFC	> 1.000.000 UFC/mL	> 100.000 UFC/mL	NA
Amicacina	Sensível, dose usual	Sensível, dose usual	Sensível, dose usual
Ceftriaxone	Não testado	Não testado	Sensível, dose usual
Ceftazidima	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Ciprofloxacina	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Gentamicina	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Piperacilina-tazobactam	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Sulfametoxazol-trimetoprim	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Cefepime	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Ceftazidima-avibactam	Sensível, dose usual	Sensível, dose usual	Não testado
Ertapenem	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Meropenem	Resistente	Resistente	Sensível, dose usual
Polimixina B	Sensível	Sensível	Não testado

	(Microdiluição)	(Microdiluição)	
--	-----------------	-----------------	--

A conduta mais adequada é:

- a) Suspende polimixina B
- b) Suspende polimixina B; associar amicacina
- c) Suspende meropenem e polimixina B; iniciar ceftriaxone
- d) Suspende meropenem e polimixina B; iniciar amicacina

Resposta: C



77. Homem de 67 anos está internado na UTI devido a um quadro de insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, secundária à pneumonia. Foi ofertada oxigenoterapia com máscara não reinalante, com O₂ a 15 L/min, mantendo SpO₂ em 90%. Foi então instalado um cateter nasal de alto fluxo, com fluxo de 50 L/min e FiO₂ de 50%, mantendo a SpO₂ em 94%.

O motivo pelo qual a oxigenoterapia de alto fluxo permitiu uma menor FiO₂ neste caso é:

- a) Umidificação e aquecimento do ar inspirado
- b) Uso de um misturador de ar
- c) Fluxo excedente ao pico de fluxo inspiratório
- d) Fenômeno de Venturi

Resposta: C



78. Homem de 28 anos internou na UTI com choque séptico de foco abdominal e síndrome do desconforto respiratório agudo, tendo feito uso de propofol em infusão contínua em dose variável de 2 - 4 mg/Kg/h por cinco dias para assegurar a ventilação protetora. Ao realizar despertar diário, levou oito horas para ter abertura ocular ao chamado verbal (RASS -3).

O motivo que explica essa observação clínica é:

- A) A meia-vida contexto-dependente do propofol é maior do que a meia-vida de redistribuição
- B) A meia-vida contexto-dependente dos sedativos é maior do que a meia-vida de eliminação
- C) A meia-vida de eliminação do propofol é maior do que a meia-vida de redistribuição
- D) A meia-vida de eliminação dos sedativos é semelhante quando sob infusão contínua

Resposta: B



79. Homem de 72 anos está no 1º pós-operatório de colectomia direita, sem intercorrências no PO imediato. Seguiu protocolo de recuperação acelerada, com retirada de dispositivos invasivos, deambulação e início de dieta oral pela manhã. No plantão noturno, evoluiu com RASS +2, e você foi acionado para o controle da agitação.

A conduta imediata mais adequada é:

- a) Dexmedetomidina intravenosa e haloperidol intramuscular
- b) Contenção verbal e ultrassonografia point-of-care abdominal
- c) Contenção verbal, mecânica e tomografia de abdome
- d) Dexmedetomidina intravenosa e quetiapina via oral

Resposta: B



80. Homem de 52 anos, internado por choque séptico, evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e optou-se por intubação. Parâmetros pré-intubação: pH 7,3, bicarbonato 5 mEq/L, PaCO₂ 20 mmHg, PaO₂ 250 mmHg (com máscara não-reinalante a 15L/min), lactato 50 mEq/L, SBE - 18 mEq/L; FR 35 irpm; FC 120 bpm; PAM 80 mmHg (em uso de noradrenalina 0,3 mcg/Kg/min + vasopressina 0,04 U/min).

Para evitar parada cardiorrespiratória neste procedimento, a alternativa mais adequada é:

- a) Prescrever bicarbonato de sódio antes da intubação e iniciar ventilação mecânica protetora com 6 mL/Kg de peso predito e FR de 15-20 irpm
- b) Prescrever bicarbonato de sódio antes da intubação e iniciar ventilação mecânica com 8 mL/Kg de peso predito e FR de 30-35 irpm
- c) Prescrever push-dose de adrenalina antes da intubação e pré-oxigenar em ventilação não-invasiva com dois níveis de pressão
- d) Prescrever push-dose de adrenalina antes da intubação e pré-oxigenar com cateter nasal de alto fluxo a 60L/min e FiO₂ de 100%

Resposta: B



81. Mulher de 55 anos está em tratamento de infecção de corrente sanguínea por *Acinetobacter* sp. com polimixina B. Está extubada, em ar ambiente, hemodinamicamente estável. No 5º dia de tratamento, evoluiu com os seguintes achados laboratoriais: $K^+ = 2,5 \text{ mEq/L}$; $Mg^{2+} = 0,8 \text{ mEq/L}$; $Na^+ = 152 \text{ mEq/L}$; $Ca^{2+} = 1,2 \text{ mmol/L}$;

Para correção dos distúrbios eletrolíticos, a conduta mais adequada é:

- a) Sulfato de magnésio 6g e cloreto de potássio 100 mEq em 6h, diluídos em NaCl 0,9%
- b) Sulfato de magnésio 1g em 1h e cloreto de potássio 50 mEq em 2h, diluídos em NaCl 0,9%
- c) Sulfato de magnésio 1g em 1h e cloreto de potássio 50 mEq em 2h, diluídos em SG 5%
- d) Sulfato de magnésio 6g e cloreto de potássio 100 mEq em 6h, diluídos em SG 5%

Resposta: D



82. Um projeto de melhoria foi iniciado em uma unidade de terapia intensiva para reduzir a taxa de falhas de extubação, que atualmente é de 10%, com o objetivo de atingir zero falhas de extubação.

As consequências não-intencionais mais prováveis deste projeto são:

- a) Menor mortalidade e menor uso de sedativos
- b) Maior mortalidade e maior uso de sedativos
- c) Maior duração de ventilação mecânica e maior taxa de traqueostomias
- d) Menor duração de ventilação mecânica e menor taxa de traqueostomias

Resposta: C



83. Em uma unidade de terapia intensiva, um surto de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) por enterobactérias resistentes a carbapenêmicos levou à necessidade de reforçar medidas de prevenção e controle de IRAS. Dentre as medidas adotadas pelo serviço de controle de IRAS (SCIRAS), incluiu-se a revisão do processo de limpeza terminal, a revisão do processo de limpeza concorrente e o retreinamento de higienização das mãos de toda a equipe multiprofissional do setor.

Duas medidas adicionais que podem reduzir o risco de IRAS incluem:

- a) Uso de precauções de contato para todos os pacientes internados; ajuste da pressão de cuff 4x/dia
- b) Uso de conectores valvulados em cateteres venosos centrais; elevação da cabeceira do leito a 45°
- c) Higienização das mãos com água e sabão em vez de álcool; uso de tubos orotraqueais com aspiração subglótica
- d) Redução do consumo de sedativos; retirada de cateteres venosos centrais o mais breve possível

Resposta: D



84. Após assumir o plantão em uma UTI com 10 pacientes internados, dos quais 8 estavam em ventilação mecânica, um paciente evoluiu com extubação acidental e você optou por reintubá-lo imediatamente. No dia seguinte, a equipe da rotina questionou por que o paciente foi reintubado, já que havia passado no teste de respiração espontânea e estavam aguardando ele despertar para ser extubado. O coordenador da UTI revisou o caso com todos os envolvidos e observou que o plano estava bem descrito na passagem de plantão do dia. O colega que passou o plantão relatou ter informado sobre o plano, mas você não se lembra disso.

A falha na transição de cuidado que mais provavelmente levou a essa ocorrência foi:

- a) Falta de identificação da gravidade
- b) Lista de problemas desatualizada
- c) Descrição insuficiente do caso
- d) Falta de síntese pelo receptor

Resposta: D



85. Mulher de 52 anos, portadora de cirrose hepática com hipertensão portal, foi internada por hemorragia digestiva alta, cujo tratamento com ligadura endoscópica de varizes e terlipressina falhou, evoluindo com ressangramento, quando se optou por colocar balão de Sengstaken-Blakemore. O balão gástrico foi insuflado com 300 mL de ar; e o esofágico, com 50 mL.

Para mitigar o risco de eventos adversos relacionados ao uso do balão, você deve verificar:

- a) Se um soro de 100 mL está conectado como contra-peso; e se a pressão do balão esofágico está entre 20 - 30 mmHg
- b) Se um soro de 500 mL está conectado como contrapeso; e se a pressão do balão esofágico está < 45 mmHg
- c) Se um soro de 500 mL está conectado como contrapeso; e se a pressão do balão do esofágico está entre 20 - 30 mmHg
- d) Se um soro de 100mL está conectado como contrapeso; e se a pressão do balão esofágico está < 45 mmHg

Resposta: B



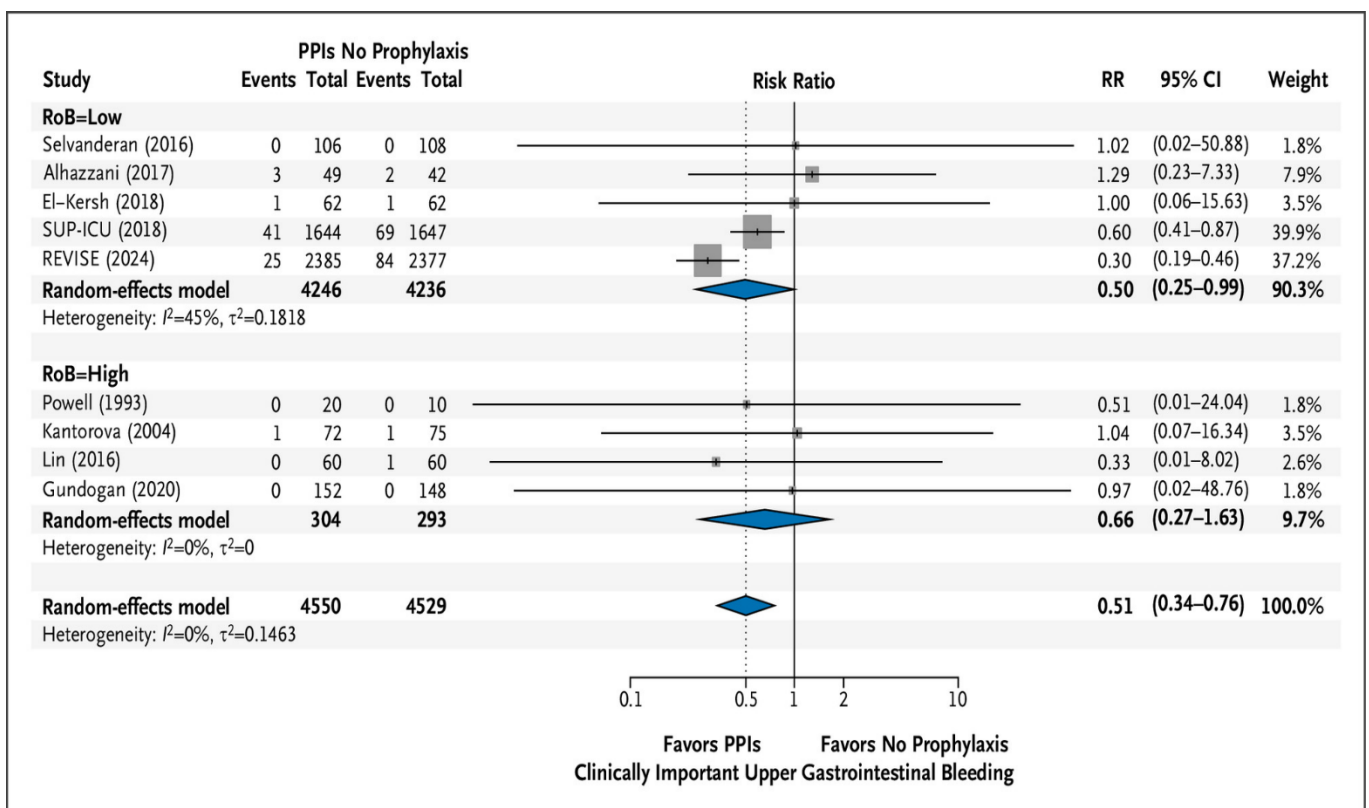
86. Mulher de 52 anos, portadora de cirrose hepática com hipertensão portal, foi internada por hemorragia digestiva alta, cujo tratamento falhou com ligadura endoscópica de varizes e terlipressina 1mg 6/6h, evoluindo com ressangramento, em que a equipe da endoscopia optou por passar um balão de Sengstaken-Blakemore na segunda endoscopia, com tração adequada e balão esofágico com pressão adequada. 12 horas após, durante a dessuflação, houve ressangramento.

Além de insuflar o balão por até mais 12 horas, o próximo passo mais adequado no tratamento é:

- a) Nova tentativa de ligadura endoscópica de varizes
- b) Aumento da dose de terlipressina para 2 mg 4/4 h
- c) Início de propranolol para manejo da hipertensão portal
- d) Shunt portossistêmico transhepático

Resposta: D

87. Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados foi realizada para avaliar o efeito do uso de inibidores de bomba de prótons (IBPs) na profilaxia de úlcera de estresse (NEJM Evid 2024;3(7)). O resultado é apresentado para o desfecho de sangramento gastrointestinal clinicamente relevante.



Dentre as alternativas, aquela cuja interpretação dos resultados é correta é:

- a) Há uma alta heterogeneidade estatística, devido ao valor de $I^2 = 45\%$ nos estudos de baixo risco de viés
- b) O uso de IBPs reduz o risco do desfecho, com boa precisão estatística
- c) A probabilidade de redução no risco de sangramento é de 90,3%
- d) Não é possível interpretar os resultados sem o risco basal do grupo controle

Resposta: B



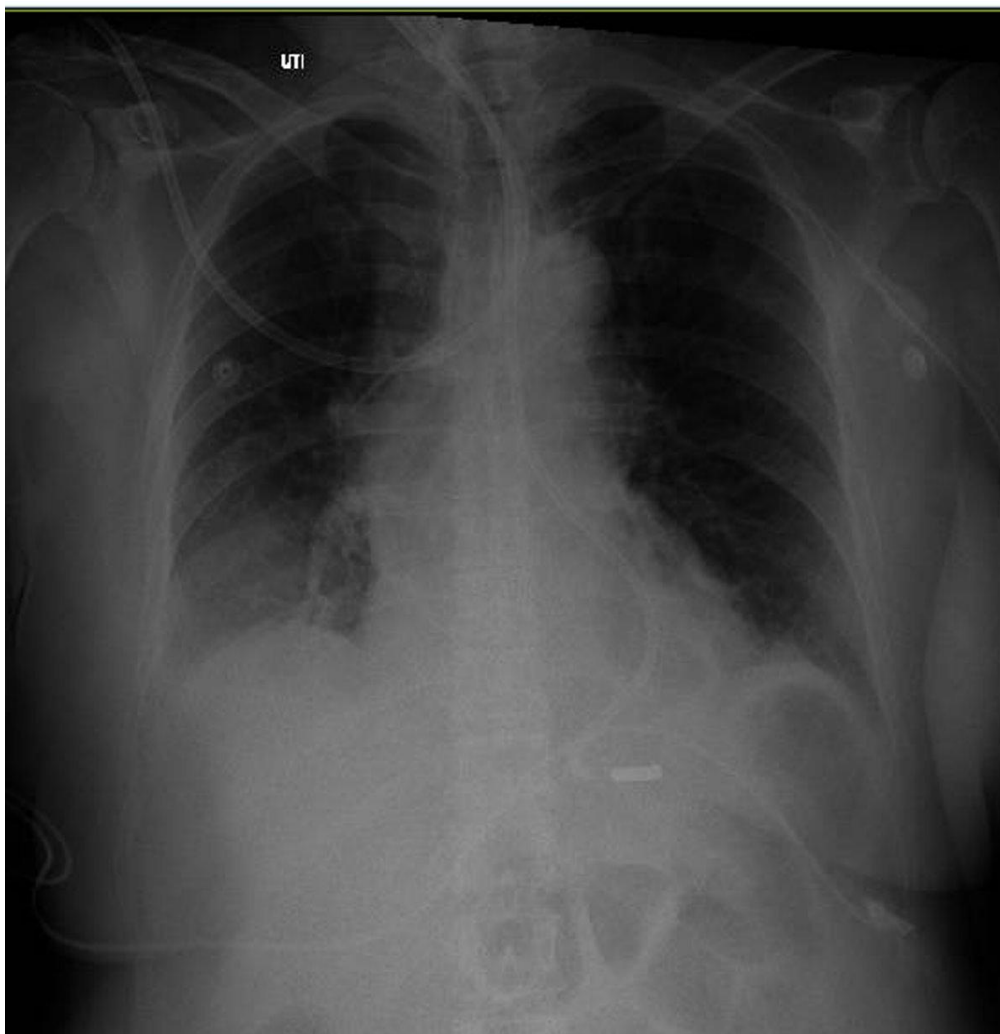
88. Mulher de 32 anos é admitida devido a politrauma, com trauma cranioencefálico (contusão hemorrágica frontal de 2 cm, manejo conservador), trauma hepático grau III (manejo conservador), trauma esplênico grau IV (embolizado em radiologia intervencionista) e fratura de pelve, manejada com fixação externa da pelve. Ela chega à UTI em ventilação mecânica invasiva, em uso de fentanil e propofol, bem como noradrenalina 0,3 mcg/Kg/min e vasopressina 0,03 U/min, FC 130 bpm, PAM 70 mmHg, T 35,1°C. Exames laboratoriais: Hb 7,5 g/dL; Plaquetas 80.000/mm³; INR 2,1; Fibrinogênio 200mg/dL; TTPa normal; pH 7,1, HCO₃⁻ 10 mEq/L, PaCO₂ 30 mmHg; Lactato 5 mmol/L; Ca_{ionizado} 0,8 mmol/L; Na⁺ 142 mEq/L; K⁺ 5,2 mEq/L

O conjunto de condutas mais adequadas neste momento são:

- a) Aquecimento ativo, gliconato de cálcio e bicarbonato de sódio
- b) Gliconato de cálcio, transfusão de plasma e crioprecipitado
- c) Aquecimento ativo, hiperventilação e transfusão de crioprecipitado
- d) Bicarbonato de sódio, transfusão de plasma e pool de plaquetas

Resposta: A

89. Durante a passagem de uma sonda nasoenteral, uma mulher de 72 anos, com antecedente de DPOC, internada por AVC isquêmico, apresentou episódios esporádicos de tosse, que melhoraram após a passagem da sonda. Foi iniciada dieta enteral a 20 mL/h, com relato de tosse, regurgitação e dessaturação. A radiografia para verificar o posicionamento é apresentada.



A localização mais provável da sonda e a conduta a ser instituída é:

- a) Sonda localizada no trato respiratório; retirar a sonda
- b) Sonda localizada no estômago; manter dieta enteral

- c) Sonda localizada no estômago, introduzir a sonda mais 10 cm
- d) Sonda localizada em hérnia hiatal; retirar a sonda

Resposta: D



90. Homem de 55 anos, com antecedente de miocardiopatia dilatada (FEVE = 25%), interna com PA 70 x 50 mmHg, FC 110 bpm, sonolento e oligúrico, com TEC = 5 seg, SpO2 92% com CNO2 3L/min, LUS (*lung ultrasound score*) = 10 e simétrico, edema periférico ++/4+. Foi iniciada dobutamina 5 mcg/Kg/min. Após 1 hora, apresentava TEC = 2 seg, PA 90 x 60 mmHg, SpO2 92% com CNO2 3L/min, lúcido e com diurese > 0,5 mL/Kg/h.

Exame	Admissão	Após 2 horas
Lactato	55 mg/dL	36 mg/dL
PaO2	55 mmHg	80 mmHg
PaCO2	35 mmHg	38 mmHg
pH	7.20	7.35
SvcO2	40%	55%
Creatinina	2,5 mg/dL	NC
Ureia	80 mg/dL	NC
Bilirrubina total	3 mg/dL	NC
Plaquetas	180.000/mm3	NC

A conduta mais adequada neste momento é:

- a) Aumentar dobutamina para 10 mcg/Kg/min
- b) Administrar furosemida 40mg IV
- c) Administrar ceftriaxona e claritromicina
- d) Realizar ventilação não-invasiva

Resposta: B